UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1941-1942 – N° 45

LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE DANS UNE COLONIE DE VACANCES DES ASSURANCES SOCIALES :

ŒUVRE DE PLEIN AIR DE CHATEAUNEUF A LÉOGNAN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 24 Juillet 1942

PAR

GAGNEUIL France-Albert-Joffre

DIPLOMÉ D'ÉTUDES SUPÉRIEURES MÉDICALES D'ÉDUCATION PHYSIQUE
CERTIFICAT DE GYNÉCOLOGIE
CERTIFICAT D'HYDROLOGIE ET CLIMATOLOGIE

Né à Mazingarbe (Pas-de-Calais) le 11 Octobre 1915

Examinateurs de la Thèse	MM. LEURET, professeur	*Président*
	VILLEMIN, professeur	*Juges*
	SIGALAS, professeur	
	DUBARRY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1942

GAGNEUIL (France-Albert-Joffre)

La Prévention et le dépistage dans une colonie de vacances des Assurances sociales : œuvre de plein air de Châteauneuf à Léognan. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1942. In-8°, VI-84 p., fig. et pl. h. t.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 45.)

GAGNEUIL (France-Albert-Joffre)

La Prévention et le dépistage dans une colonie de vacances des Assurances sociales : œuvre de plein air de Châteauneuf à Léognan. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1942. In-8°, VI-84 p., fig. et pl. h. t.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 45.)

GAGNEUIL (France-Albert-Joffre)

La Prévention et le dépistage dans une colonie de vacances des Assurances sociales : œuvre de plein air de Châteauneuf à Léognan. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1942. In-8°, VI-84 p., fig. et pl. h. t.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 45.)

GAGNEUIL (France-Albert-Joffre)

La Prévention et le dépistage dans une colonie de vacances des Assurances sociales : œuvre de plein air de Châteauneuf à Léognan. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1942. In-8°, VI-84 p., fig. et pl. h. t.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 45.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536503_0026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1941-1942 – N° 45

LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE DANS UNE COLONIE DE VACANCES DES ASSURANCES SOCIALES :

ŒUVRE DE PLEIN AIR DE CHATEAUNEUF A LÉOGNAN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 24 Juillet 1942

PAR

GAGNEUIL France-Albert-Joffre

DIPLOMÉ D'ÉTUDES SUPÉRIEURES MÉDICALES D'ÉDUCATION PHYSIQUE
CERTIFICAT DE GYNÉCOLOGIE
CERTIFICAT D'HYDROLOGIE ET CLIMATOLOGIE

Né à Mazingarbe (Pas-de-Calais) le 11 Octobre 1915

Examinateurs de la Thèse :

MM. LEURET, professeur..... *Président*
VILLEMIN, professeur..... *Juges*
SIGALAS, professeur..... *Juges*
DUBARRY, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC. — **ASSESSEUR** : M. LABAT
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	JEANNENEY
Clinique chirurgicale	PAPIN
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	LEURET
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Physiologie	FABRE
Clinique ophtalmologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	N...
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), CHARRIER (Chirurgie générale), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	FRANCK
Médecine générale	PIECHAUD / N... / De GRAILLY / FONTAN / BROUSTET / DERVILLEE / SARIC / DUBARRY
Chirurgie générale	LOUBAT / MASSÉ

	MM
Chirurgie générale	DARGET / MAGENDIE / POUYANNE
Obstétrique	RIVIÈRE / MAHON
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie générale pharmacent. et toxicologie.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD / GRANGER
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	R. MANDOUL

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LOUBAT
Accouchements	RIVIERE
Puériculture	FAUGÈRE
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL
Médecine légale	DERVILLÉE
Urologie	DARGET
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	BEAUVIEUX

	MM.
Physique médicale et pharmaceutique	N...
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU
Botanique	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	LIARD
Chimie biologique	TAYEAU

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARRAIN ET MARRAINE

Dont la vie de labeur, de dévouement et d'abnégation est pour moi un exemple.
En témoignage de mon filial et profond respect.

A MON FRÈRE CHARLES

Mon compagnon de toujours.

A MES DIX FRÈRES ET SŒURS

A ROMAIN COSTE

Dépassons-nous sans cesse. Contre notre solidarité, le temps ne prévaudra point.

A TOUS LES MIENS

Je suis seul aujourd'hui. Les événements vous tiennent éloignés de moi et je le ressens douloureusement. Gardez intacts votre foi, votre patience, votre courage : le jour lumineux que vous attendez tous viendra.

A MES AMIS

Dont le soutien me fut si précieux.

A CEUX QUI M'ONT AIMÉ

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CUVIER

MÉDECIN INSPECTEUR DE LA SANTÉ

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui, en nous permettant d'utiliser ses dossiers, a grandement facilité notre tâche.
Hommage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PITROU

PROFESSEUR DE LANGUE ET DE LITTÉRATURE ALLEMANDE

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Respectueux hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SIGALAS

PROFESSEUR DE ZOOLOGIE ET PARASITOLOGIE

DIRECTEUR DU LABORATOIRE MARITIME

DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES DE PARIS

DIRECTEUR DE LA STATION BIOLOGIQUE D'ARCACHON

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui n'a cessé de nous témoigner le plus bienveillant intérêt durant notre vie d'étudiant, ce modeste hommage de notre infinie gratitude et de notre affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLEMIN

PROFESSEUR D'ANATOMIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

OFFICIER DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

Qui nous a entouré d'une sollicitude toute paternelle au cours de nos études, en hommage d'affectueuse reconnaissance.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. LEURET

PROFESSEUR D'HYGIÈNE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

MÉDECIN-CHEF DU SANATORIUM XAVIER ARNOZAN

MÉDAILLE D'OR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et dont les conseils et l'enseignement nous ont été si précieux.

En gage de notre respectueuse reconnaissance.

LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE DANS UNE COLONIE DE VACANCES DES ASSURANCES SOCIALES :

ŒUVRE DE PLEIN AIR

DE CHATEAUNEUF A LÉOGNAN

PRÉFACE

Les colonies de vacances de plaine ou de mer ne pouvant accueillir tous les enfants de l'agglomération bordelaise, la garderie scolaire, centre de prévention, œuvre de plein air de Châteauneuf fut créée.

Si elle présente des inconvénients que nous envisagerons, cette œuvre a du moins l'avantage appréciable d'enlever les enfants à la rue, d'éviter les « vacances au ruisseau ». Elle est un centre de prévention : aussi mérite-t-elle d'être connue afin de pouvoir être généralisée en France. C'est l'objet de notre travail.

INTRODUCTION

En tant qu'interne de l'œuvre de plein air de Châteauneuf pendant les grandes vacances 1941, il nous fut donné de collaborer aux examens de dépistage des jeunes Bordelais de six à quatorze ans, fils d'assurés sociaux. Nous avons pu, tout à loisir, sous la direction bienveillante de M. le Docteur Cuvier, alors médecin conseil de l'Union régionale des Assurances sociales, effectuer les réactions biologiques nécessaires et les observations utiles. Nous avons ainsi réalisé une véritable prévention.

Cette thèse a pour objet de retracer l'ensemble de l'œuvre accomplie dans ce domaine, en 1939, 1940 et 1941.

Après avoir succinctement rappelé l'historique des colonies de vacances en général, de celle de Châteauneuf en particulier, et cité les lois de prévention des Assurances sociales, nous envisagerons en différents chapitres : l'alimentation, l'hygiène, l'éducation physique, les jeux, les sports et l'adaptation au milieu, nous réservant d'étudier, en comparaison avec les années précédentes, la biométrie, l'albuminurie, les percuti-réactions, les amygdales, les ganglions et la radiologie.

Nous avons participé à 2.512 analyses d'albumine, 2.164 percuti-réactions, aux examens du système lymphatique (ganglions cervicaux et amygdales) de 2.195 enfants. En outre, 1.673 examens radiologiques ont été pratiqués.

Nous apportons ici les résultats que nous avons constatés. Il ne nous appartient pas de les discuter à fond. Nous voulons simplement dans notre travail contribuer à l'étude de l'état sanitaire de la deuxième et de la troisième enfance dans l'agglomération bordelaise.

HISTORIQUE

Il faut remonter à 1598 pour trouver une première ébauche des œuvres de plein air. Les chanoines normands envoyaient volontiers leurs enfants de chœur à la campagne « pendant la saison des pommes » d'où ils revenaient « avec une aimable rondeur ». La Convention Nationale se préoccupa aussi « de l'envoi en vacances par groupes de tous les enfants de la Nation ». Michelet, dans un poème fameux « La Mer », paru en 1861, écrit : « Je veux une bonne maison à la côte, un peu abritée et bien ensoleilllée pour loger cinquante enfants pauvres. »

C'est au Pasteur Bion, de Zurich, que revient le mérite d'avoir réalisé en 1876 la première colonie de vacances. Successivement à Hambourg, à Philadelphie, au Danemark en 1876 et dans d'autres pays d'Europe (Angleterre, Autriche, Belgique, Norvège, Pologne, Italie, Allemagne, Hollande, Suède, Espagne, Russie), on s'inspira de l'œuvre du Pasteur Bion.

Dès 1881 en France, le Pasteur Lorriaux crée les œuvres des « Trois semaines », Mme de Pressensé en 1882 lance « l'Œuvre de la Chaussée du Maine ». Louis Comte fonde en 1893 l'organisation des « Enfants à la Montagne ». En 1926 est créé le Comité national des colonies de vacances et œuvres de plein air, reconnu d'utilité publique. D'année en année, l'organisation s'en est améliorée.

Depuis la grande guerre, l'essor de ces œuvres a été considérable tant en Europe que dans le Nouveau-Monde. Il nous

suffira de citer : l'Union internationale de secours aux enfants (Genève) ; Pro juventute (Zurich) ; Voor Kinderbescherming (Amsterdam) ; la Ligue des sociétés de Croix-Rouge (Paris) ; l'Œuvre nationale belge de l'enfance; le Comité International de la Croix-Rouge (Genève) ; la World Federation of Education Association (Washington) ; le Children Walfare Federation (New-York), pour bien nous rendre compte de l'importance et du développement de ces œuvres.

C'est en France surtout que les efforts les plus grands ont été tentés « pour asseoir sur une base scientifique solide l'action sanitaire du séjour en plein air » et pour lutter ainsi efficacement contre la tuberculose.

Les fonds engagés dans ce but par les organismes privés, les caisses des écoles, les municipalités, les syndicats ouvriers ou patronaux, les coopératives, les caisses de compensation et surtout les Assurances sociales permettront d'élever le potentiel de la Nation si cruellement amoindri par la guerre.

CHATEAUNEUF A LÉOGNAN

Sous l'impulsion de M. Cauzinille, directeur de la Caisse départementale des Assurances sociales de la Gironde, Châteauneuf est devenu la propriété des assurés sociaux de la Gironde le 9 mars 1934. Situé à 16 kilomètres de Bordeaux, au bord de la forêt landaise, ce domaine de 104 hectares a été conçu comme maison de convalescence et de repos pour recevoir soixante convalescents, mais le Conseil d'Administration de la Caisse pensa qu'il pourrait utiliser cette propriété au profit des enfants des assurés pendant les vacances scolaires. La garderie scolaire, centre de prévention, œuvre de plein air de la Gironde, était dès lors créée.

Châteauneuf est un centre de prévention

Sa création et son fonctionnement ont pour but d'entraîner la réduction progressive des prestations-maladies Il est subventionné par le boni des caisses — ce qui explique le traitement privilégié dont peuvent jouir les enfants.

Châteauneuf est une garderie

Mieux que la rue, le Jardin public ou le Parc bordelais, si elle replonge le soir l'enfant dans l'atmosphère de la ville ou de sa famille, si elle favorise la fatigue par le double transport quotidien, cette institution permet d'apporter aux écoliers bordelais l'hygiène, la nourriture saine et un

contrôle médical constant. L'avantage de rendre le soir les petits à leur mère n'est pas non plus négligeable. La participation des familles est ici modique.

En principe, sont seuls admis les enfants malingres ou débilités, triés par les soins du médecin conseil de la Caisse. La crise économique, le chômage, la guerre ont malheureusement accru considérablement l'effectif de ces tout petits fatigués et amaigris.

Les enfants de six à quatorze ans des différents quartiers de Bordeaux et de banlieue se rassemblent le matin à 7 h. 30 devant leurs écoles respectives. Le transport a lieu par autobus ou tramways. Dès leur arrivée à Châteauneuf, à 8 ou 9 heures, un petit déjeuner est servi aux colons. Répartis par âge et par sexe, ils s'adonnent aux jeux de plein air sous la surveillance d'instituteurs suppléants. A midi, après une brève toilette, le déjeuner est servi aux enfants dans un vaste réfectoire en plein air. Puis c'est la sieste, à l'ombre des pins, le délassement avant la reprise des jeux. Avant leur départ, après une visite de propreté indispensable, un goûter est donné à ces écoliers. A 18 heures c'est le retour en famille.

Loin d'être arrêtées par les difficultés soulevées par la guerre, l'Union régionale et la Caisse départementale ont estimé qu'il fallait plus que jamais faire œuvre sociale de solidarité.

C'est ainsi que la moyenne journalière est passée de 738 en 1934 à 1.827 en 1941.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les effets physiologiques et les propriétés prophylactiques et curatives de l'air pur et du soleil. Le Professeur Caussade avec le Docteur Wodjskowska ont étudié l'action stimulante remarquable de ces facteurs sur l'appareil respiratoire, sur le développement des poumons et du thorax. « Excitant de l'hématopoïèse, le grand air est aussi un agent de développement des muscles et du système nerveux. » Il intervient donc dans le relèvement du poids. Nous avons pu constater en effet

Un rassemblement d'enfants à Châteauneuf.

que certains bénéficiaires du régime de Châteauneuf présentaient à la fin de leur séjour « une aimable rondeur ».

Pour faire vraiment œuvre utile, il était indispensable qu'un examen médical des enfants eût lieu pendant leur séjour à Châteauneuf pour que l'on pût, d'une part, suivre l'évolution sanitaire des sujets et, d'autre part, dépister les colons dont l'état nécessiterait un examen ultérieur plus approfondi.

Le contrôle médical

Pendant les premières années, l'organisation sanitaire était pratiquée — comme dans toutes les colonies — par des infirmières spécialisées. Les seules mesures du poids et de la taille étaient effectuées. L'Union régionale, sur l'instigation de son directeur M. Marsop, a pris l'initiative, avec l'autorisation de la Caisse départementale, d'organiser le dépistage. Cette tâche a été confiée à des médecins conseils : pour la biologie, le Docteur Cuvier, assisté d'un interne étudiant en médecine; pour la radiologie, par le Professeur Wangermez, assisté du Docteur Delos. Les conclusions des examens sont tirées par le Docteur Raba, de l'Union régionale, et le Docteur Eylaud, médecin contrôleur de la Caisse départementale.

Chaque enfant, à son entrée à Châteauneuf, possède une fiche sur laquelle sont consignés chaque année les résultats des réactions biologiques sur lui effectuées.

Nous en reproduisons le type page 12.

Contrôle et dépistage en Assurances sociales

Le droit de contrôle et de dépistage des Caisses primaires de Maladie et de Maternité et des Unions régionales des Assurances sociales est défini dans :

Les articles 8 et 30 du décret-loi du 28 octobre 1935, modifiés par le décret du 14 juin 1938, l'ensemble des articles 14 et 15 du décret du 19 mars 1936, modifié par les articles

Nom et prénoms..... Sexe.....

A. S..... Groupe.....

	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Albumine.....							
Percuti.....							
Radio.....							
Amygdales..							
Ganglions.....							
Taille.....							
Poids.....							
Etat général..							

(Recto)

Antécédents et Anamnestiques : .....

.....

.....

OBSERVATIONS

1939 .....

1940 .....

1941 .....

1942 .....

1943 .....

1944 .....

1945 .....

(Verso)

54 et 55 de l'arrêté du 30 janvier 1937 et par le décret du 11 juilet 1939.

La loi du 18 novembre 1941 porte création d'un institut national d'action sanitaire des Assurances sociales.

Dans son « rapport au Maréchal de France, chef de l'Etat français » du 31 octobre 1941, le Secrétaire d'Etat au travail écrit :

« Monsieur le Maréchal,

« Les caisses d'Assurances sociales ont pour devoir de contribuer à sauvegarder la santé des salariés dont elles sont les assureurs.

« Elles ont été autorisées à employer leurs excédents de ressources à la réalisation des œuvres qui, par une action préventive ou curative contre les maladies, répondent à cette haute préoccupation sociale.

« C'est grâce à leur initiative ou à leur généreuse participation, trop souvent ignorée, qu'ont pu être créées et soutenues de nombreuses institutions de dépistage et de soins dont les effets bienfaisants n'ont cessé de se traduire au cours des dernières années par une régression de la mortalité et surtout de la mortinatalité parmi la population laborieuse.

« Toutefois, les louables efforts d'organismes multiples, agissant dans le cadre de leur circonscription, restent quelque peu dispersés et ne bénéficient parfois qu'aux assurés des caisses les plus favorisées. Leur efficacité se trouve ainsi réduite lorsqu'il s'agit de mener la lutte contre les fléaux sociaux les plus graves, tels que la tuberculose et le cancer. Chaque caisse ne dispose que de moyens techniques ou financiers souvent limités. Chaque établissement de soins qu'elle crée ou qu'elle entretient ne s'intègre pas toujours dans le plan d'équipement sanitaire du pays, qu'il convient cependant de réaliser, non pas seulement avec ardeur, mais avec méthode, en évitant tout autant les lacunes que les doubles emplois.

« Pour remédier à cette situation, les Unions régionales des caisses d'Assurances sociales ont été habilitées et incitées à jouer ce rôle de coordination et de concentration dans ces domaines sanitaires et médico-sociaux. Elles ont répondu à

cet appel. Mais il apparaît aujourd'hui que c'est sur le plan national que l'œuvre de prévention déjà entreprise doit se réaliser pour en faire mieux profiter tous les assurés sociaux... »

Les articles 3 et 4 de la loi sont ainsi conçus :

Art. 3. — L'Institut a pour objet d'organiser, dans l'intérêt des assurés sociaux et de leur famille, la lutte contre les grands fléaux sociaux et de contribuer à toute œuvre destinée à sauvegarder ou à rétablir la santé des travailleurs.

Art. 4. — L'Institut coordonne — sous l'autorité du Secrétaire d'Etat au Travail — l'action sociale et sanitaire des caisses d'Assurances sociales et des Unions régionales.

Il coopère à l'équipement sanitaire du pays par l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement, l'aliénation et la gestion de tous établissements d'hygiène sociale, de prévention, de cure et de repos d'intérêt national après approbation du Secrétaire d'Etat au Travail et agrément technique du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

L'ALIMENTATION

Les années précédentes l'alimentation fut variée, abondante, choisie. L'administration pouvait assurer aux colons les rations de croissance et même une suralimentation (les résultats biométriques sont à ce sujet éloquents). En 1941, malgré les difficultés de toutes sortes rencontrées par les organisateurs, les enfants mieux que chez eux eurent le nécessaire. La misère accrue faisait que souvent les parents envoyaient à Châteauneuf leurs enfants, même indisposés ou malades, afin qu'ils pussent manger — on imagine aisément les conditions dans lesquelles vivaient les familles d'assurés !

Depuis 1934, la deuxième et troisième enfance avait un régime « complet équilibré et adapté » aux besoins physio-

logiques tel que l'a préconisé Ed. Lesné au Comité national de l'Enfance.

Pendant les vacances 1941, les colons n'éprouvèrent pas la sensation de faim et c'est beaucoup. L'alimentation était variée et aussi équilibrée que possible. Aucune carence essentielle ne s'est fait sentir. Il n'a pas été possible de donner tous les albuminoïdes nécessaires.

Comment aurait-on pu fournir aux enfants les deux plats de viande par jour, conseillés? L'ingestion fréquente de fruits frais et de légumes verts prévenait la carence en fer. Souvent les repas comprenaient du beurre cru, du thon, des sardines à l'huile, du fromage frais et maigre. Les hydrates de carbone (haricots secs, pain, marmelades sucrées) étaient administrés en quantité. Les pommes de terre étaient abondamment servies.

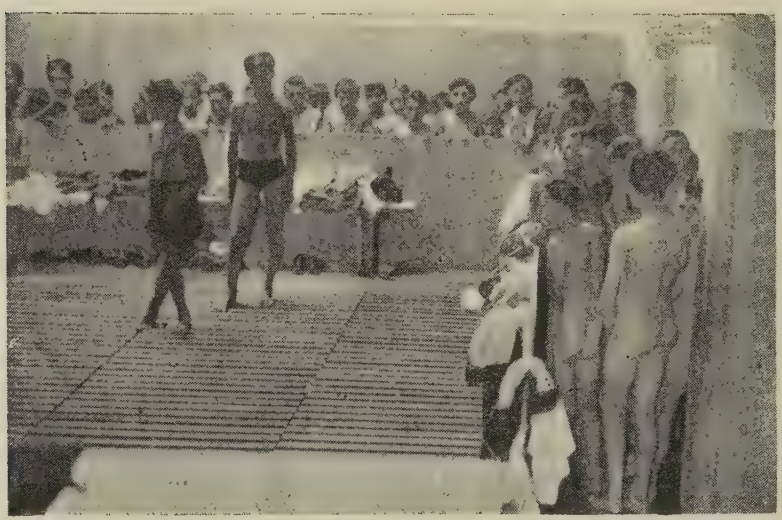
L'air, la lumière, la gymnastique et les sports pratiqués d'une manière rationnelle activaient les échanges. L'alcool était proscrit, de même que les boissons fermentées. Seul du vin dilué était donné à nos jeunes colons.

La cuisine était bien préparée, sans trop d'artifices. Les repas étaient pris lentement. Nous nous efforçions d'ailleurs de régler le régime sur « des données scientifiques biologiquement exactes et adaptées au besoin de l'organisme infantile ». Ainsi nous pratiquions vraiment une médecine prophylactique « en contribuant à renforcer la résistance naturelle de l'organisme, à favoriser son développement général et, par conséquent, à le mettre en état de lutter contre les maladies » (Lesné).

S'il ne fut pas possible d'assurer aux colons un équilibre rigoureux, la diversité des aliments et les infiniment petits « qui jouent un rôle capital dans la nutrition » (Richet) tendaient vers ce but.

L'HYGIÈNE

Les enfants étaient légèrement vêtus. Les années précédentes, l'administration leur fournissait d'ailleurs un chandail de coton et une culotte de toile. Aussi pouvaient-ils s'ébattre tout à volonté, respirer sans gêne l'air pur, bénéficier au maximum des chauds rayons du soleil et pratiquer plus à leur aise les exercices physiques.



Les douches.

Les douches. — Chaque soir, les colons sont très sales sur la plus grande partie de leur corps. Des douches leur sont données à la fin de l'après-midi ou le matin, dans des locaux spécialement aménagés. Les enfants y sont amenés par groupe de quarante. Ils se déshabillent en commun dans une salle située au centre de l'installation. Les surveillants veillent au savonnage de toutes les parties du corps.

Cette installation pourrait, à notre avis, être améliorée pour permettre de doucher tous les enfants le soir, ainsi qu'il serait préférable de le faire.

Les cuisines. — A cent mètres de là, les cuisines, bien abritées, sont alimentées en eau chaude et froide potable. Les fourneaux utilisés permettent une bonne cuisson des

Le chargement du chariot pour la distribution des aliments.

aliments. Le nettoyage des crudités est effectué commodément. Les mets sont préparés dans de grands récipients de fonte.

Les lavabos. — Avant les repas a lieu le lavage des mains. D'immenses lavabos en tôle ripolinée construits en plein air, à proximité du réfectoire, répondent à ces besoins.

Le réfectoire. — Ce vaste réfectoire, situé près des cuisines, est bien protégé contre les intempéries, abrité du vent et du soleil. Le sol d'entretien est cimenté. Les tables

et les bancs, adaptés à la taille des enfants, sont facilement lavables.

Les aliments sont acheminés sur un chariot monté sur rails qui circule dans l'allée centrale.

L'évacuation des eaux de nuisance a lieu conformément au règlement sanitaire départemental (canalisations, puisards...).

Les ordures ménagères sont détruites par incinération ou utilisées pour l'agriculture.

L'infirmerie. — L'infirmerie est située dans un pavillon spécial séparé du groupe des autres bâtiments. Une salle est réservée aux soins. La pharmacie est bien approvisionnée. Une autre pièce plus spacieuse est occupée par le service des réactions biologiques que nous étudierons.

Un circuit est prévu. Les enfants pénètrent dans la salle d'examen par groupes de dix. Ils urinent dans des verres à pied numérotés. Afin qu'aucune erreur ne se produise, ils gardent à la main leur verre d'urine qu'ils remettent au médecin de service, en passant, puis ils sont conduits auprès d'une secrétaire qui inscrit leur nom, leur âge... et le résultat de l'analyse effectuée. S'ils ne présentent pas d'albuminurie, la percuti-réaction leur est aussitôt pratiquée selon la technique que nous décrirons plus loin.

Cette même salle d'examens est ensuite utilisée pour la radiologie.

Des lits sont prévus à la maison de convalescence où peuvent se reposer quelques heures les enfants accidentés ou en incubation de maladie contagieuse, en attendant l'arrivée de l'ambulance qui les conduira, selon le cas, chez eux ou à l'hôpital.

Une sieste d'une heure est obligatoire. Il nous est arrivé bien souvent, pendant notre séjour à Châteauneuf, de profiter de ce délassement pour aller repérer les colons particulièrement fatigués ou débilités. Nous visitions également ces enfants au moment des jeux pour essayer d'étudier leurs

Les lavabos.

Le réfectoire des enfants.

réactions. Par la suite, les sujets dépistés devaient être signalés au médecin de famille en même temps que ceux dont l'examen ganglionnaire, tuberculinique ou radiologique était déficient.

Dans la mesure du possible, les sujets amaigris (candidats à la primo-infection tuberculeuse), ceux également qui présentaient des troubles digestifs, étaient soumis à une surveillance plus grande de notre part.

Une collaboration étroite, selon nous, devrait s'établir entre les services médicaux scolaires, les œuvres de plein air et les caisses pour préserver au maximum la santé de l'individu et sauvegarder la race.

L'ÉDUCATION PHYSIQUE

Des séances d'éducation physique sont organisées depuis des années par des moniteurs d'Etat, selon les conceptions du moment. La méthode française de Demeny était avant la guerre très en honneur. Nous verrons plus loin en quoi elle consiste.

Actuellement les programmes préconisent l'hébertisme. A Léognan, nous avons vu pratiquer cette méthode qui utilise au maximum les mouvements naturels : marche cadencée avec chant, courses, quadrupédie, grimper, équilibre, saut, lancers, porter, attaque et défense, parcours chronométrés.

Souvent nous avons demandé des restrictions dans les courses et les parcours chronométrés, car nous pensions qu'il est peu rationnel de fatiguer jusqu'à l'essoufflement des enfants qui vivent à une époque de sous-alimentation.

A notre avis il est inutile de pousser à l'effort des sujets en état de moindre résistance. Le moniteur chef l'a si bien compris en 1941, qu'il a suivi d'une manière un peu large le programme national. Un

seul challenge eut lieu cette année et c'est déjà trop !

Nous souhaitons qu'à l'avenir les compétitions soient réduites et que soient multipliés les exercices à la portée de chacun.

Dans son « Rapport sur le sport et l'éducation physique » du 27 janvier 1942, M. Ch. Richet a pu déclarer que « faire du sport actuellement c'est prélever le pain de ceux qui n'en ont déjà pas assez... Une heure d'éducation physique effectuée par dix enfants exige une dépense d'aliments qui permettrait de nourrir un onzième enfant pendant un jour entier... »

Le Professeur Mercklen, de Nancy, ardent défenseur de la méthode française telle que l'a conçue Demeny, a d'ailleurs exposé, selon lui, la technique de l'éducation physique en colonies de vacances : « Aucune rigidité de système cristallisée dans des cadres immuables; gestes développés au maximum; mouvements d'assouplissement dans tous les plans. » La méthode française aurait le grand avantage — dans les circonstances présentes — de tendre à l'exécution économique du geste « en partant de ce principe très juste que le capital d'énergie dont chaque individu dispose demeure limité ». Ses effets locaux sur l'appareil locomoteur, ses effets généraux hygiéniques sont loin d'être négligeables. Il existe, grâce à cette méthode, un entraînement raisonné portant sur les fonctions physiologiques.

A Châteauneuf, nous l'avons vu, les colons étaient classés seulement par âge et par sexe. Il n'était pas tenu un compte suffisant des possibilités de chacun. La catégorisation en *groupes homogènes*, établis selon la valeur physiologique, est donc à réaliser. Les examens médico-physiologiques périodiques sont aussi à effectuer. Absorbé comme nous l'étions par les réactions biologiques dont nous parlerons plus loin, il ne nous fut pas matériellement possible de contrôler comme nous l'aurions voulu ces exercices d'éducation physique.

Nous regrettons, quant à nous, le côté pratique des pro-

grammes qui étaient en vigueur avant l'hébertisme. Sans vouloir insister outre mesure, nous déplorons que ne puissent plus avoir lieu les exercices respiratoires qui éduquaient les ignorants et stimulaient les insuffisants. N'est-ce pas le rôle du professeur d'éducation physique d'apprendre à l'enfant à respirer selon son propre rythme respiratoire ?

Si l'hébertisme présente à ses adeptes l'éducation physique « en robe de joie », selon l'expression des auteurs allemands, nos jeunes colons, nos jeunes élèves même trouvaient bien attrayant le Demeny qui contenait bien, il faut le reconnaître, le rôle tonique du plaisir dont parle Boigey.

Nous croyons fermement qu'une heureuse synthèse de plusieurs méthodes, quel que soit leur nom, en une éducation physique rationnelle, est préférable aux programmes rigoureux. Comme l'écrivit si justement M. le Professeur Fabre (Bordeaux), « quand on respire ou quand on digère correctement, on ne respire et on ne digère pas à la française ou à l'anglo-saxonne, mais seulement conformément aux lois générales de la physiologie ». Ce sont ces lois, et elles seules, que l'on doit suivre. Développons les prédispositions naturelles des individus. Ne tombons pas dans l'erreur d'infliger à des enfants fragiles et malléables un traitement identique.

Le Professeur Villemin a attiré l'attention des éducateurs physiques sur cette importante question. Ses études sur les types morphologiques permettront de pratiquer des exercices plus raisonnés et mieux adaptés.

N'oublions pas qu'éduquer n'est pas essentiellement modifier ni corriger, encore moins contraindre. C'est connaître d'abord, adapter ensuite (Beauvieux).

Pour arriver au rendement le meilleur, à Léognan, une fiche physiologique individuelle serait donc à joindre à la fiche sanitaire des colons, qui serait dressée d'abord dans les écoles, par les soins de l'inspection scolaire, et complétée à Châteauneuf, s'il y avait lieu.

LES JEUX

« L'enfant demande à courir, sauter, grimper; faisons-le courir, sauter, grimper et sachons bien qu'il n'a pas besoin de mouvements préparatoires à la course pour gambader... »

LAFFITTE.

A l'origine, les surveillants devaient s'intéresser aux jeux des jeunes colons qui leur étaient confiés. Par la suite — il nous a été donné de le remarquer en 1941 — il sembla préférable de laisser gambader tout à leur aise les enfants, sans vaine théorie, sans plan rigoureux, en toute liberté, sous une surveillance discrète. Delobel a vu fort justement que le jeu représente « une condition d'hygiène physique et d'hygiène de l'âme ». Cette condition ne sera réalisée qu'autant qu'on laissera à l'enfant le libre choix de son activité qui « a des ressorts que l'adulte a oubliés ». Les appareils, les engins et les agrés faisaient un peu défaut à Châteauneuf, ce qui n'empêchait pas les colons dont nous avions le contrôle médical de s'en donner à cœur joie.

LES SPORTS

Les sports n'occupaient pas à Châteauneuf une grande place. Soucieux de ménager, nous l'avons vu, l'organisme des enfants que la sous-alimentation avait débilité, les compétitions étaient pour ainsi dire supprimées. A cet âge, les compétitions doivent être l'exception. Nous sommes partisan d'une économie des forces, afin que la santé de de nos tout petits soit préservée. Il ne suffit pas, à notre sens, d'accroître le plus possible la puissance physique d'un enfant et de lui faire courir les risques qui résulteraient

Un groupe de jeux.

d'une compétition au-dessus de ses forces, il faut surtout en analyser les conséquences.

Le Docteur Eylaud, médecin conseil de la Caisse départementale, qui effectua le triage des colons avant leur départ à la garderie, a pu écrire : « Les sports ne sont pas seulement (du moins ne doivent pas être) les jeux où l'on brille, où l'on passe le temps pour se distraire ou se faire couronner de lauriers. Ils sont, sans discussion possible, la manifestation raisonnée et codifiée des mouvements du corps humain en vue de son perfectionnement, de son utilisation, du maintien de son équilibre vital, c'est-à-dire de la sauvegarde de sa santé. »

L'ADAPTATION AU MILIEU. LA FORMATION MORALE

« Mens sana in corpore sano. »

Cette question mérite d'être étudiée, car nous pensons qu'un enfant ne se développe bien, physiquement, que si son comportement moral est bon. Connaissant bien « les petits », nous allons essayer d'aborder le problème.

La garderie replonge le soir l'enfant dans l'atmosphère familiale. Aussi, n'est-il pas possible d'appliquer les méthodes d'éducation générale des autres colonies. Mais ici comme partout, il faut permettre au colon de s'adapter au milieu dans lequel il aura à passer la plus grande partie de sa journée et la plus grande partie de ses vacances. Si l'adaptation ne se fait pas au début, elle se réalisera difficilement par la suite. Dès que les tout petits montraient de la nostalgie, ils ne tardaient pas à présenter de la perte d'appétit. On aurait pu constater chez ceux dont l'adaptation était particulièrement difficile de l'asthénie et de l'amaigrissement (nous souhaitons à ce sujet que les pesées

puissent être pratiquées plusieurs fois pendant le séjour des enfants à la colonie).

C'est en vivant avec les enfants, au milieu d'eux, en les aimant, en les comprenant que l'on obtiendra les meilleurs résultats. Nous avons rencontré à Châteauneuf des surveillantes et des surveillants qui connnaissaient l'âme enfantine et arrivaient à se faire aimer.

L'enfant trouvera de bons camarades. Il en rencontrera de mauvais. Les surveillants devront faire en sorte que la colonie soit un milieu gai et bon enfant, plein d'entrain. Il dépend d'eux que l'adaptation soit uniforme chez les petits. Certains parmi ces derniers « sans être malades, ne sont pas aptes à une récupération intensive » (Delille).

Aussi, considérons-nous le surveillant comme un auxiliaire médical qui doit vivre pour les enfants qui peuplent la colonie, en se donnant tout entier à eux. Son métier devient ainsi, s'il sait le comprendre, un véritable apostolat. Il doit faire rayonner de la joie autour de lui, répandre le bonheur. Ayant gagné la confiance des enfants, il lui sera facile de divulguer la bonne parole. Son rôle peut être immense, dans le malheur actuel de notre pays. L'amour sacré de la Patrie, de la famille et du prochain pourra faire l'objet de courtes causeries pendant les heures trop chaudes de la journée. L'esprit national devra dominer.

Les effets physiques et les effets moraux ne tarderont pas à se faire sentir. Les colons en retireront le plus grand profit.

L'EXAMEN BIOLOGIQUE

Nous arrivons maintenant à la partie la plus importante de notre travail. Nous avons traité jusqu'ici l'alimentation, l'hygiène, l'éducation physique, les jeux, les sports et l'adaptation au milieu, à la garderie. Etudions maintenant les investigations biologiques et médicales qui ont été effectuées à Châteauneuf depuis 1939.

Les enfants examinés sont réputés en bonne santé. Ils se livraient aux jeux de plein air depuis une semaine.

Le nombre total des dépistés pour la biologie fut :

En 1939, de	1.821
En 1940, de	1.370
En 1941, de	2.512

Pour la radiologie, de 1.649 en 1941.

Parmi eux, 325 le furent en 1939, 1940 et 1941; 243 en 1940 et 1941; 138 en 1939 et 1941; soit au total 684.

Il y a eu 1.828 nouveaux en 1941.

LA BIOMÉTRIE

Poids et taille

Tous les enfants ont été pesés et toisés. Il a paru intéressant de noter les déficiences survenues de 1940 à 1941. Le tableau ci-après donnera ces renseignements : 50 enfants de chaque groupe, venus en 1940, ont subi ces épreuves.

Soit au total 400 enfants, 200 garçons et 200 filles. Il y a correspondance d'une année à l'autre, sauf pour les groupes de 6 à 7 ans en 1941 et de 13 à 14 ans en 1940 qui se trouvent décalés d'un groupe en 1941 par rapport à 1940.

Groupes	1940		1941	
	Moyennes des tailles	Moyennes des poids	Moyennes des tailles	Moyennes des poids
			110,5	18,966
6 à 7 ans.....	113,4	19,991	117,9	21,512
7 à 8 ans.....	117,7	20,252	119,5	21,575
8 à 9 ans.....	120,3	23,120	124,0	24,236
9 à 10 ans.....	126,2	25,529	130,4	27,316
10 à 11 ans.....	130,9	28,297	135,0	29,749
11 à 12 ans.....	136,6	31,225	140,8	33,378
12 à 13 ans.....	140,8	35,284	146,6	37,517
13 à 14 ans.....	148,0	39,623		

Si on effectue les moyennes générales, on constate que dans l'ensemble *la diminution de taille en 1941,* par rapport à celle qu'elle aurait dû être, comparée à la moyenne générale de 1940, *est de 1 cm. 15.* Et *la diminution de poids* dans les mêmes conditions *de 1 kg. 147.* En 1940, il y avait déjà eu un début dans la déficience de ces facteurs biométriques.

Comparaisons entre les résultats de 1941 et ceux de 1940

Calculée sur 985 enfants pesés et toisés au début et à la fin de la colonie par les infirmières d'Etat attachées à ce service, *la moyenne générale d'augmentation de poids par enfant a été en deux mois de 0 kg. 878.*

Sur 985 pesées :

867 enfants ont engraissé d'un poids total de 931 kg. 350;

118 enfants ont diminué d'un poids total de 66 kg. 250;

88 % des enfants *ont engraissé;*

12 % des enfants *ont maigri.*

Donnons ici les moyennes établies sur des groupes de 30 à 40 enfants dans chaque catégorie d'âge et en prenant pour base les poids respectifs de ces enfants dans la première quinzaine de juillet et dans la première quinzaine de septembre 1941 :

Catégories d'âges	Moyenne d'augmentation de poids
6 à 7 ans	0 kg. 856
7 à 8 ans	0 kg. 489
8 à 9 ans	0 kg. 868
9 à 10 ans	1 kg. 132
10 à 11 ans	0 kg. 303
11 à 12 ans	1 kg. 161
12 à 13 ans	1 kg. 201
13 à 14 ans	1 kg. 524

Comparaison entre les résultats obtenus à Châteauneuf et ceux constatés dans les placements familiaux

128 enfants ont pu bénéficier de placements familiaux pendant le même temps grâce à la Caisse départementale des Assurances sociales.

95,3 % y ont engraissé en moyenne de 1 kg. 762; 1,5 % ont maigri de 0 kg. 450; 3,2 % sont restés stationnaires.

Rappelons qu'à Léognan, le seul repas de midi pouvait être servi aux colons. L'augmentation de poids fut de 0 kg. 878 en moyenne par enfant.

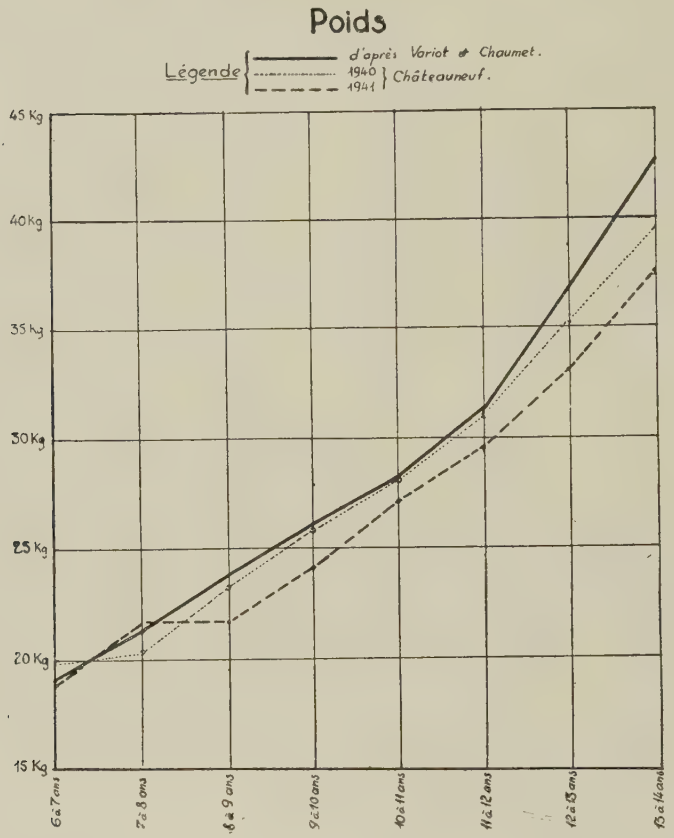
Comparaison entre les résultats obtenus à Châteauneuf et ceux constatés par Variot et Chaumet

Nous avons consulté les tables de Variot et Chaumet sur les tailles et les poids moyens des enfants de 6 à 14 ans.

En comparaison avec les chiffres donnés par ces auteurs, *le poids moyen des enfants de Châteauneuf en 1941 serait de 1 kg. 900 inférieur au poids moyen* physiologique, alors

que *leur taille serait encore supérieure de 0 cm. 931* à la normale.

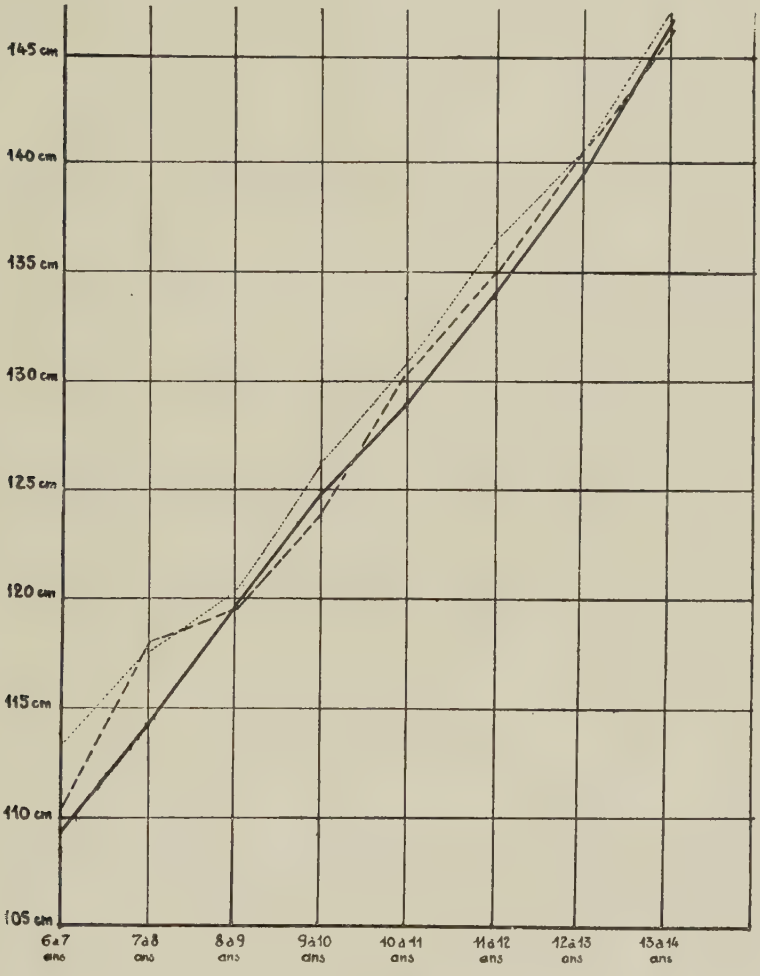
Nous avons consigné ces résultats en deux graphiques.



Discussion

Nous constatons donc une augmentation de poids de 1 kg. 762 en moyenne chez des enfants confiés à des particuliers et une augmentation de poids de 0 kg. 878 à Châteauneuf (en diminution, nous l'avons vu, sur les résultats obtenus l'an dernier). Il est aisé de comprendre que si les restrictions alimentaires atteignent sévèrement les citadins

qui souvent éprouvent la sensation de faim, la campagne est dans ce domaine particulièrement favorisée. Nous avons



Taille.

dit plus haut que les enfants ne souffrirent pas de la faim à Léognan, et c'est exact. Nous aurions souhaité les voir jouir de la suralimentation qui put leur être assurée avant

la guerre. La diminution de la ration en matières grasses semble être à l'origine de ce phénomène. Si les colons n'eurent pas faim, les rations difficilement procurées ne possédaient peut-être pas toute la valeur énergétique nécessaire. La question de quantité est en effet secondaire (Couturat).

La diminution de taille, selon nous, peut être attribuée à une déficience générale de l'organisme chez ces individus débilités où, nous le verrons plus loin, l'hypertrophie ganglionnaire a augmenté dans de sensibles proportions et chez lesquels l'insuffisance amygdalienne était fréquente.

La mesure du périmètre thoracique n'a pas été effectuée. C'eût été un excellent élément d'appréciation et nous souhaitons qu'à l'avenir elle puisse être relevée.

De nombreux enfants que nous avons pu examiner en pratiquant la percuti-réaction présentaient des signes évidents de rachitisme (thorax en carène, gros ventre, troubles digestifs, poids insuffisant, pâleur, apathie, faiblesse musculaire). Ils ont été signalés par nos soins aux médecins de famille aux fins d'enquête.

ALBUMINURIE

La mise en évidence extemporanée a été faite à froid, par l'acide trichloracétique au 1/5. Les dosages quantitatifs ont été effectués ultérieurement au laboratoire de l'Union régionale.

Nous n'avons pas pratiqué, par extrême prudence, la percuti-réaction chez ceux qui présentaient de l'albumine.

Voici les résultats obtenus *en 1940* par rapport à 1939 :

Il y eut en 1940 par rapport à 1939 une diminution nette. De 5,5 p. 100, l'albuminurie est passée à 2,77 p. 100.

Le tableau ci-contre donnera des résultats détaillés.

Chez les filles, le pourcentage était plus élevé que chez les garçons en 1939 et 1940 : 4,07 contre 1,86.

ALBUMINE

1940

AGE	0 gr. 10 à 0 gr. 50	0 gr. 50 à 1 gramme	1 gramme à 1 gr. 50	PLUS de 1 gr. 50	TOTAL + de 0 gr. 10	%
Garçons						
6 à 8 ans.....	1	1	0	0	2	1,34
8 à 10 ans.....	5	0	0	0	5	2
10 à 12 ans.....	1	0	0	0	1	0,43
12 à 14 ans.....	5	2	0	0	7	4
TOTAL...	12	3	0	0	15	1,86
Filles						
6 à 8 ans.....	1	0	0	0	1	0,92
8 à 10 ans.....	3	0	0	0	3	1,8
10 à 12 ans.....	10	1	0	0	11	7,3
12 à 14 ans	7	1	0	0	8	5,6
TOTAL...	21	2	0	0	23	4,07
TOTAL GÉNÉRAL .	33	5	0	0	38	2,77

Dans l'ensemble, le taux de l'albumine a aussi sensiblement diminué.

En 1939, 3 cas dépassaient 1 gr. 50. En 1940, aucun cas n'a atteint 1 gramme; 27 l'ont vue diminuer ou disparaître, elle s'est pratiquement maintenue chez 3, elle a augmenté chez 2.

En 1941, nous avons obtenu les résultats suivants :

1° De simples traces à 0 gr. 10	Garçons : 1,01 % Filles : 4,99 %			
2° *a)* De 0 gr. 10 à 0 gr. 25 ..	Garçons : 1,70 % Filles : 1,70 %	Moyenne 1,70 %	Moyenne générale 1,56 %	
b) Au-dessus de 0 gr. 25 avec 0 gr. 60 maxim.	Garçons : 1,66 % Filles : 1,18 %	Moyenne 1,42 %		

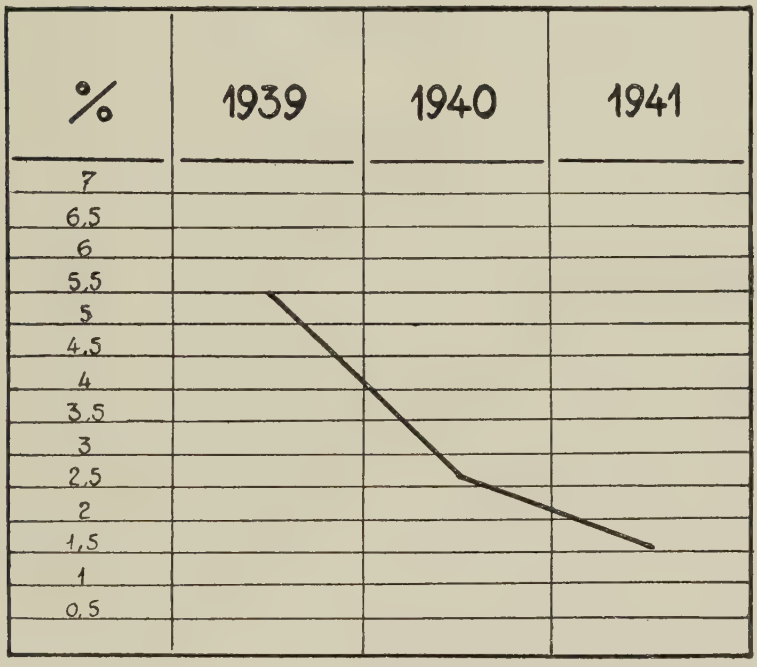
Comparés aux taux des années précédentes, il y a de nouveau une sensible diminution : 5,5 p. 100 en 1939, 2,77 p. 100 en 1940, 1,58 p. 100 en 1941. Les garçons ont un taux légèrement supérieur à celui des filles (voir graphique ci-contre).

Cette diminution importante du taux de l'albumine a été signalée d'une façon générale dans toutes les collectivités où elle a été recherchée (contrôle médical des élèves des lycées de Bordeaux en 1942). Elle tient sans doute à la restriction carnée. Nous savons en effet qu'il faut arriver à une quantité totale supérieure à 70 grammes de protides pour que l'équilibre normal soit réalisé chez l'enfant. 25 à 30 grammes de protides animales doivent lui être fournis, 40 à 50 grammes de matières albuminoïdes végétales doivent y être ajoutés. Le rationnement ne donne que 10 grammes environ de protéine animale. Les abats, le cheval, le boudin, le poisson, les œufs sont difficilement accessibles; seuls le fromage maigre et le lait écrémé ont pu être donnés à l'enfant en plus de sa ration normale.

Ces albuminuries sont dues le plus souvent à une cause digestive, à la croissance, à la fatigue physique,

a) *Cause digestive.* — L'albuminurie était plus forte chez les sujets examinés au début de l'après-midi, sans qu'ils se soient soumis à des exercices physiques, livrés à des jeux ou même fatigués. Elle était le plus souvent transitoire.

. Albuminurie .



b) *Fatigue physique.* — Nous avons examiné un groupe de 40 colons après une séance de gymnastique. L'albuminurie décelée était importante. Nous avons fait, la semaine suivante, la contre-épreuve, les enfants étant au repos depuis deux heures au moins. Voici ce que nous avons constaté :

Sur 14 sujets, 10 d'entre eux présentaient de 0 gr. 10 à 0 gr. 25 après la séance, Cette albuminurie avait disparu

après le repos; 4 qui ne présentaient que des traces en avaient de 0 gr. 25 à 0 gr. 60.

c) *Croissance.* — Dans les groupes de 12 à 14 ans, l'albuminurie était plus forte que dans les autres. Il s'agissait là aussi d'albuminurie de passage. Nous avons pu le constater en faisant ici aussi la contre-épreuve.

Dans ces trois cas donc, albuminurie transitoire qui disparaît le plus souvent par le repos, le jeûne, le calme et avec l'âge.

Les garçons ont eu en 1941 un taux supérieur à celui des filles. Faut-il en chercher la raison dans le fait qu'ils étaient plus turbulents et se fatiguaient davantage ? Nous avons remarqué en effet, au cours de nos promenades à travers la colonie, que les petites filles ne jouaient pas volontiers et que beaucoup parmi elles présentaient un état d'asthénie marquée. Les moniteurs d'éducation physique ont d'ailleurs fait les mêmes constatations.

Souvent aussi nous avons vu à l'infirmerie des enfants (filles surtout) qui se plaignaient de fatigue générale. Chez eux existait souvent un beau chapelet de ganglions cervicaux, souvent aussi de l'insuffisance amygdalienne. Nous reviendrons plus loin sur ces importantes questions.

Une liste de ces enfants fut dressée afin de pouvoir les suivre par la suite.

Il ne faut pas négliger ces albuminuries transitoires qui prouvent la fragilité de l'épithélium rénal chez de tels sujets. La filtration s'effectue chez eux dans de mauvaises conditions. De toutes façons, le surmenage physique sera à leur éviter, du moins pendant leur croissance.

PERCUTI-RÉACTIONS

La tuberculine utilisée est : « celle qui est obtenue en stérilisant les cultures de tuberculine de Koch (sur milieu synthétique, pour éliminer les pseudo-réactions dues aux protéines des bouillons habituels), par le formol à 3 p. 1.000, après filtration. Elle contient en outre les produits de macération des corps microbiens après séjour à l'étuve à 56°, c'est-à-dire les dérivés réactionnels de l'ancienne tuberculine, exotoxines qui étaient détruites par une évaporation prolongée à 100°. Elle est enfin concentrée à froid jusqu'au 1/60, soit six fois plus que la tuberculine classique. Elle a été expérimentée par le Professeur Mouriquand et a fait l'objet de communications de la part du Docteur Chevallier, de MM. P. Imbert, G. Kohler, H. Jacquis, de la Doctoresse Dreyfus-See. En particulier la comparaison avec la cuti-réaction n'a montré que 27 discordances sur 753 cas (soit 3,6 %), sur lesquelles 17 avec cuti-réactions positives et percuti négatives (soit 2,3 %), ce qui est bien peu en comparaison avec ses avantages d'application. »

Nous l'avons employée suivant la méthode de Moro-Hamburger. La technique employée fut la suivante :

Après décapage avec un tampon imbibé d'éther du tiers supérieur du manubrium sternal, une goutte d'antigène y était déposée et, avec le doigt muni d'un doigtier, on procédait pendant trente secondes à une légère friction. La lecture des résultats avait lieu quatre à cinq jours après.

La simplicité et l'innocuité de cette méthode sont particulièrement appréciables dans les colonies de vacances importantes. Les enfants et les familles acceptent sans la moindre difficulté cette si bénigne intervention. Il n'en serait certainement pas de même de la cuti-réaction. Aucun cas fébrile, aucune réaction vive n'ont été notés,

Le Docteur Cuvier classe les résultats positifs en quatre catégories, d'intensité croissante, allant de 1 à 4 croix. Cette notation a été reprise par Lesné dans *La Clinique* de mars 1940. Voici les bases de son appréciation :

« Une croix correspond à un aspect non modifié de la peau par l'apparition de quelques boutons isolés (6 à 8 au maximum) ;

« Deux croix correspondent à un aspect généralement non modifié de la peau par l'apparition d'un nombre de boutons plus élevé ou de légères papules (une vingtaine au maximum), mais isolés les uns des autres;

« Quatre croix correspondent à un érythème plus accentué, avec confluence quasi généralisée des boutons, présence de papules et légères lésions de grattage, celles-ci n'ayant entraîné d'ailleurs aucun inconvénient ultérieur (infection secondaire en particulier) ;

« Trois croix correspondent à un érythème *léger de la peau,* avec confluence d'un certain nombre de boutons et présence nette de papules. »

Donnons d'abord deux tableaux, nous réservant d'étudier dans le détail ces résultats.

PERCUTI-REACTIONS

1940

AGE	CUTI effectuées	CUTI —		CUTI +		CUTI ++		CUTI +++		CUTI ++++		TOTAL CUTI positives	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Garçons													
6 à 8 ans	132	110	83,33	12		9		1		0		22	16,66
8 à 10 ans	215	168	78,13	24		14		6		3		47	21,86
10 à 12 ans	201	160	79,60	15		16		8		2		41	20,39
12 à 14 ans	144	98	68,05	19		15		7		5		46	31,94
TOTAL	692	536	77,45	70	40.87	54	34.61	22	14.10	10	6.41	156	22,54
Filles													
6 à 8 ans	96	84	87,50	6		7		0		0		13	13,54
8 à 10 ans	144	117	81,25	12		11		4		0		27	18,75
10 à 12 ans	125	98	78,40	14		10		3		0		27	21,60
12 à 14 ans	112	84	75 »	11		9		6		1		27	24,10
TOTAL	477	383	80,29	43	45.74	37	39.36	13	13 82	1	1.06	94	19,70
TOTAL GÉNÉRAL	1.169	919	78,61	113	45.20	91	36.40	35	14	11	4.40	250	21,38

VARIATIONS DES PERCUTIS EN 1939 ET 1940

AGE	TOTAL des Enfants venus en 1939 et 1940		ENFANTS sans Cuti en 1940	TOTAL des Cuti en 1939-1940		TOTAL des Cuti — en 1939		TOTAL des Cuti + en 1939		NÉGATIFS stables		— 1939 + 1940		POSITIFS stables		POSITIFS en augmentation		POSITIFS en diminution		+ 1939 — 1940	
	Tot.	%		Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%
Garçons																					
6 à 8 ans	32	15,45	2	30	93,75	25		5		20	80 »	5		1		0		0		4	
8 à 10 ans	101	33,11	4	97	96,04	65		32		55	84,61	10		6		6		1		19	
10 à 12 ans ...	131	43,84	6	125	95,42	100		25		93	93 »	7		8		3		6		8	
12 à 14 ans ...	106	46,69	8	98	92,45	85		13		72	84,70	13		7		3		2		1	
TOTAL...	370	35,64	20	350	94,59	275	78,57	75	21,43	240	87,27	35	12,72	22	29,33	12	16 »	9	12 »	32	40,26
Filles																					
6 à 8 ans	34	21,38	6	28	82,35	24		4		23	95,83	1		0		0		0		4	
8 à 10 ans	83	40,20	15	68	81,92	58		10		53	91,37	5		2		3		2		3	
10 à 12 ans ...	75	35,21	14	61	81,33	47		14		43	91,48	4		5		2		4		3	
12 à 14 ans ...	68	33,17	16	52	76,47	43		9		39	90,69	4		3		3		2		1	
TOTAL...	260	33,20	51	209	80,38	172	82,29	37	17,70	158	91,86	14	8,13	10	27,02	8	21,62	8	21,62	11	29,72
TOTAL GÉNÉRAL.	630	34,59	71	559	88,73	447	79,96	112	20,03	398	89,03	49	10,96	32	28,57	20	17,85	17	15,17	43	38,39

En 1940

Analysons en détail les résultats bruts.

1° *Enfants venus en 1939*

Ils nous intéressent au premier chef pour l'étude du virage.

Sur les 630 enfants revenus en 1940, 559 furent de nouveau soumis à la percuti-réaction. Parmi eux, 447 avaient été négatifs (soit 79,96 %) et 112 positifs (soit 20,03 %).

a) *Cas des négatifs.* — 398, soit 89,03 %, sont restés négatifs. 79, soit 10,96 % sont devenus positifs. Une enquête ultérieure a naturellement été effectuée chez ces derniers.

b) *Cas des positifs.* — 32, soit 28,57 %, sont restés stables au même degré. 20, soit 17,87 %, ont eu leur degré augmenté. 17, soit 15,17 %, ont eu leur degré diminué. *43*, soit 38,39 %, *sont redevenus négatifs.*

2° *Enfants nouveaux*

Sur un total de 740, la percuti-réaction fut effectuée sur 610. Parmi eux : 478, soit 78,53 %, ont été négatifs (75,4 % en 1939) ; 132, soit 21,48 %, ont été positifs (24,6 % en 1939).

3° *Au total des 1.169 enfants examinés en 1940, on trouvait :*

919 percuti négatives, soit 78,6 % (75,4 % en 1939) ;
250 percuti positives, soit 21,4 % (24,6 % en 1939).

Il y eut donc une diminution de 3,2 % en 1940 dans le nombre des résultats positifs. En 1939, il y avait chez les garçons 3,1 % de réactions positives de plus que chez les

filles. Cette proportion s'est maintenue sensiblement la même, 2,8 %.

Deux mois et demi après, une percuti-réaction de contrôle fut effectuée chez les enfants positifs en 1939, devenus négatifs en 1940. Les résultats furent les suivants :

Persistance à la négativité : 32, soit 86,5 % ;

Retour à la positivité : 5, soit 13,5 %.

En 1941

Le tableau ci-contre indiquera en détails les résultats obtenus par nous en 1941.

Le nombre des percutis effectuées a atteint 2.154 répartis en : *1.144 garçons, 995 filles* et *15 surveillants.*

Ils étaient, nous l'avons vu, 1.720 en 1939 et 1.169 en 1940.

On a constaté chez les enfants :

1.704 réactions négatives, soit 79,72 % (75,4 % en 1939, 78,6 % en 1940) ;

433 réactions positives, soit 20,28 % (24,6 % en 1939, 21,4 % en 1940).

Enfants ayant subi les épreuves les années précédentes

325 en 1939, 1940 et 1941 ;

243 en 1940 et en 1941 ;

338 en 1939 et en 1941.

Pour un ensemble de 505 cas négatifs constatés :

465, soit 68,88 %, sont restés négatifs ;

40, soit 5,8 %, sont devenus positifs (ils ont fait l'objet d'une enquête médicale ultérieure) ;

73, soit 10,6 %, sont demeurés positifs au même degré ;

20, soit 2,92 %, ont eu leur degré de positivité augmenté ;

28, soit 4 %, ont eu leur degré de positivité diminué ;

58, soit 8,5 %, qui étaient positifs *sont devenus négatifs.*

Un tableau d'ensemble nous renseignera sur les varia-

PERCUTI-REACTIONS

1941

AGE	CUTI effectuées	CUTI —		CUTI +		CUTI ++		CUTI +++		CUTI ++++		TOTAL CUTI positives	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Garçons													
6 à 8 ans	215	173	80,46	31		9		2		0		42	19,54
8 à 10 ans	333	275	82,56	80		15		13		0		58	17,44
10 à 12 ans	309	240	77,66	29		18		15		7		69	22,66
12 à 14 ans	287	221	77 »	38		14		13		1		66	23 »
TOTAL	1.144	909	79,42	128		56		43		8		235	20,58
Filles													
6 à 8 ans	201	173	86,07	15		10		3		0		28	13,93
8 à 10 ans	293	239	81,57	39		7		7		1		54	18,43
10 à 12 ans	286	228	79,73	35		14		7		4		58	20,27
12 à 14 ans	215	155	73,03	34		13		6		2		58	26,97
TOTAL	995	795	80,10	123		44		23		7		198	19,90
TOTAL GÉNÉRAL	2.139	1.704	79,72	251		100		66		15		433	20,28

tions constatées de 1939 à 1941, chez les enfants suivis pendant deux ou trois ans (voir pages 50 et 51).

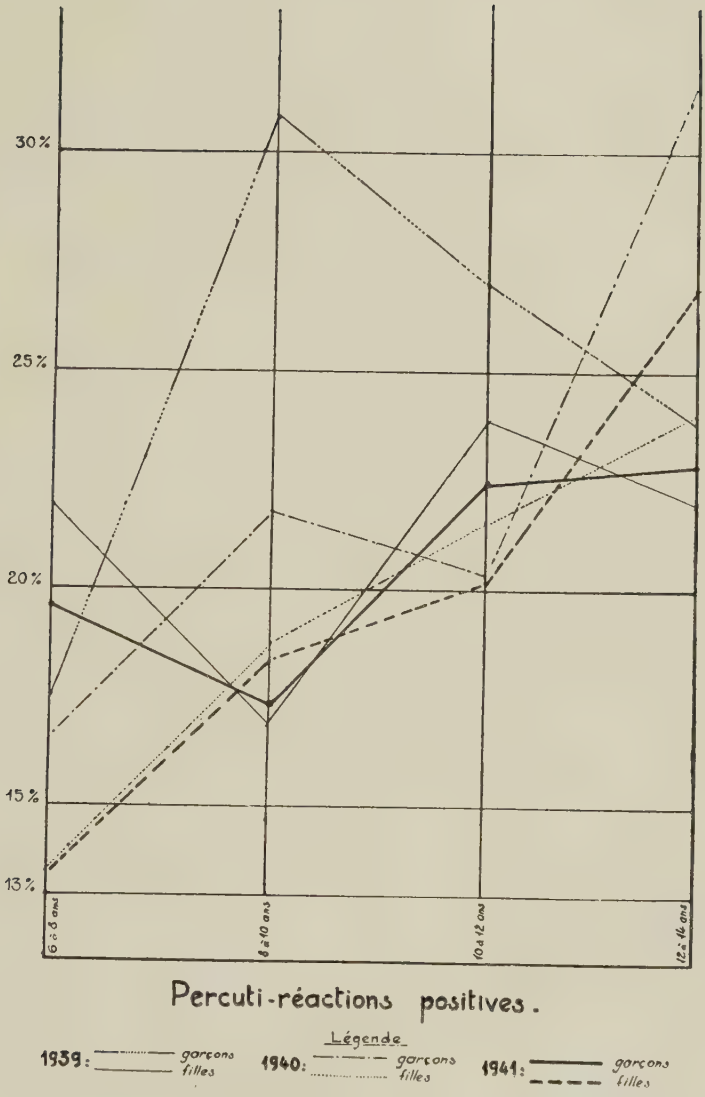
Un graphique d'ensemble des résultats obtenus en 1939, 1940 et 1941 nous donnera des éléments globaux de comparaison (voir ci-contre).

Il est intéressant de noter que quinze surveillants se sont soumis bénévolement au dépistage, répondant au vœu qu'émettait le Docteur Cuvier à la Journée d'études des hygiénistes et médecins d'Assurances sociales en 1938, à la Faculté de médecine de Bordeaux. L'inspection médicale scolaire doit en effet comprendre en premier lieu les maîtres. Les cas de contamination des élèves par leur maître sont loin d'être rares. Il est inutile d'insister sur son intérêt majeur. Voici ce que nous avons obtenu :

AGES de 17 à 26 ans	NOMBRE total	CUTI négative	CUTI +	CUTI ++	CUTI +++	CUTI ++++	TOTAL des Cutis positives
Hommes.	9	5	0	1	1	2	4
Femmes.....	6	6	0	0	0	0	0
TOTAL...	15	11	0	1	1	2	4

Que faut-il penser de tous ces résultats ?

Selon la théorie classique, chez les jeunes enfants « toute réaction positive indique une infection plus ou moins récente qu'il convient de situer et de préciser par d'autres moyens d'investigation ». Or, nous avons constaté, par le contrôle radioscopique et radiophotographique systématiquement effectué chez tous les sujets, que de nombreux enfants, non en état d'anergie, à percuti négative, présentaient des signes d'imprégnation tuberculeuse alors qu'il ne fut pas possible de déceler un seul signe parmi certains enfants à percuti positive !



Y a-t-il donc lieu d'envisager avec Lumière que nombre de sujets réagissent sans infection ? Pour cet auteur, en effet, « une imprégnation non par le germe vivant mais par ses protéines suffit à conférer l'allergie qui est un simple phénomène d'anaphylaxie par l'antigène bacil-

ENFANTS DÉPISTES EN (1939-1940-1941) - (1940-1941) - (1939-1941)

Garçons

		— stables		— devenues +		+ stables		+ augmentées		+ diminuées		+ devenues —		TOTAUX 39 40-41	TOTAUX 40-41	TOTAUX 39-41	TOTAUX —		TOTAUX +		Total général
1er groupe 6 à 8 ans	39-40-41	3		0		0		0		0		1		4			4		0		4
	40-41	13		0		0		0		0		0			15		13		2		15
	39-41	1		0		2		0		0		0				1	1		0		1
	Total ...	17	94,44 %	0	0 %	2	0 %	0	0 %	0	0 %	1	5,55 %				18	90 %	2	10 %	20
2e groupe 8 à 10 ans	39-40-41	14		1		2		4		1		6		28			20		8		28
	40-41	38		0		2		2		1		3			46		41		5		46
	39-41	9		2		1		1		1		4				18	13		5		18
	Total ...	61	82,43 %	3	16,66 %	5	27,77 %	7	38,88 %	3	16,66 %	13	17,56 %				74	80,43 %	18	19,57 %	92
3e groupe 10 à 12 ans	39-40-41	48		3		2		3		2		9		67			57		10		67
	40-41	30		1		5		0		0		1			37		31		6		37
	39-41	11		4		7		3		0		5				30	16		14		30
	Total ...	89	85,57 %	8	26,66 %	14	46,66 %	6	20 %	2	66,60 %	15	14,42 %				104	77,61 %	30	29,39 %	134
4e groupe 12 à 14 ans	39-40-41	67		1		10		0		6		6		90			73		17		90
	40-41	30		4		5		1		2		0			42		30		12		42
	39-41	20		3		7		0		5		4				39	24		15		39
	Total ...	117	92,13 %	8	88,18 %	22	50 %	1	2,27 %	13	29,35 %	10	7,87 %	189	140	88	127	74,27 %	44	25.74 %	171
Totaux généraux		284	87,92 %	19	20,21 %	43	45,75 %	14	14,89 %	18	19,15 %	39	12,08 %		417		323	77,45 %	94	22,55 %	417

ENFANTS DÉPISTÉS EN (1939-1940-1941) - (1940-1941) - (1939-1941)

Filles

		— stables		— devenues +		+ stables		+ augmentées		+ diminuées		+ devenues —		TOTAUX 39 40-41	TOTAUX 40-41	TOTAUX 39-41	TOTAUX —		TOTAUX +		Total général
1er groupe 6 à 8 ans	39-40-41	1		1		0		0		0		0		2			1		1		2
	40-41	14		3		2		0		0		1			20		15		5		20
	39-41	0		0		0		0		0		0				0	0		0		0
	Total ...	15	93,75 %	4	66,66 %	2	33,33 %	0	0 %	0	0 %	1	6,25 %				16	72,73 %	6	27,27 %	22
2e groupe 8 à 10 ans	39-40-41	30		6		1		0		2		5		44			35		9		44
	40-41	25		2		4		1		1		0			33		25		8		33
	39-41	6		0		1		1		0		7				15	13		2		15
	Total ...	61	83,56 %	8	42,10 %	6	31,57 %	2	10,52 %	3	15,78 %	12	16,43 %				73	79,34 %	19	20,66 %	92
3e groupe 10 à 12 ans	39-40-41	25		2		3		0		1		2		33			27		6		33
	40-41	15		1		7		0		0		0			23		15		8		23
	39-41	2		0		1		0		1		0				4	2		2		4
	Total ...	42	95,45 %	3	18,75 %	11	68,75 %	0	0 %	2	12,50 %	2	4,54 %				44	73,33 %	16	26,66 %	60
4e groupe 12 à 14 ans	39-40-41	39		3		3		4		2		4		55			43		12		55
	40-41	20		1		3		0		3		0			27		20		7		27
	39-41	4		2		5		0		0		0				11	4		7		11
	Total ...	63	94,02 %	6	23,07 %	11	42,30 %	4	15,38 %	5	19,23 %	4	5,97 %	134	103	30	67	72,05 %	26	27,95 %	93
Totaux généraux		181	90,50 %	21	31,34 %	30	44,77 %	6	8,95 %	10	14,92 %	19	9,50 %	267			200	74,90 %	67	25,10 %	267

laire ». Souvent on nous posait la question de savoir s'il est préférable que les enfants « aient des boutons ». Nous étions embarrassé, car nous estimons que la positivité correspond bien à une imprégnation par le germe. Pour le Docteur L.Tissier cependant « les résultats négatifs n'ont pas comme toute recherche de laboratoire une valeur absolue ». Chez de tels sujets des cas d'évolution tuberculeuse ont été trouvés. Dans la *Zeitschrift für Tuberkulose* (Leipzig), O. Ljung pose cette question : « La réaction tuberculinique positive est-elle un signe d'immunité contre la tuberculose ? » D'ailleurs il faut bien convenir que le classement en sujets malades et en sujets sains selon les résultats de la cuti est irrationnel, si on ne le contrôle par l'examen radiographique. *On peut classer comme malades* les sujets qui, « lors du virage de la réaction à la tuberculine, offrent quelques symptômes cliniques accompagnés ou non d'une image radiologique de complexe primaire, les sujets chez lesquels manquent les symptômes cliniques étant considérés comme non malades; mais alors on ne fait guère que fournir la proportion des cas de primo-infection dans lesquels s'observent des manifestations cliniques de caractère peu significatif et qui ne sauraient nous renseigner sur l'activité et la progressivité possible du complexe primaire » (Courcoux).

Nous considérons avec Tissier les cas positifs comme absolus, mais avec lui, nous croyons que « souvent ces sujets sont plus résistants lorsqu'ils présentent les attributs d'une bonne santé ».

Le Professeur Leclerq n'admet dans les sanatoria de Lille, comme personnel infirmier, que les personnes présentant une cuti positive. Les Professeurs Rist et M. Troisier n'acceptent dans les salles de tuberculeux que des étudiants à cuti positive.

Corroborant les observations que nous venons de citer, Weil-Halle, dans un rapport à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, a pu émettre : « ...La coïncidence d'une réaction tuberculinique positive et d'un état général satis-

faisant est comme la certitude d'une résistance accrue devant le danger de la tuberculose. »

Nous rejetons l'opinion des auteurs américains qui pensent que l'allergie peut être un danger pour les individus.

Cependant Hervouet écrit que « le Professeur Sergent à l'Académie a fait une observation relative à une intradermo-réaction de Casoni négative, puis positive quelques jours après sans raison pathologique, uniquement par une sensibilisation due à la première épreuve. La cuti-réaction tuberculinique n'est-elle pas capable de provoquer une sensibilisation de même ordre, en l'absence de toute lésion tuberculeuse ? »

Pouvons-nous admettre sans discussion, devant ces données, la loi biologique qui veut que « la sensibilisation à une toxine bacillaire signifie défense insuffisante contre le microbe ? »

Hervouet va jusqu'à se demander : « La cuti-réaction peut-elle être nocive ? Dans quelle mesure est-elle capable de développer une sensibilité redoutable ? » Mais il ajoute plus loin : « Je ne prétends pas d'ailleurs que les accidents produits par la cuti soient mathématiques. Beaucoup d'organismes heureusement sont réfractaires notamment dans l'enfance entre 5 et 15 ans, époque où la morbidité et la mortalité sont de beaucoup les plus faibles. »

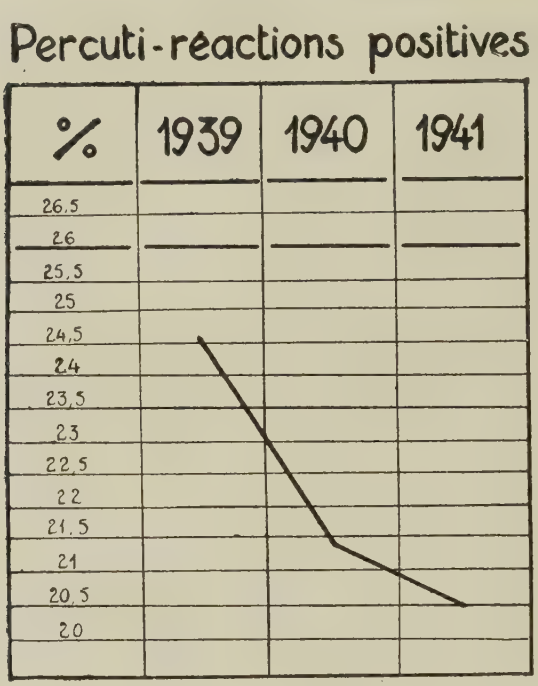
Si nous avons insisté sur ce problème, c'est pour montrer combien cette si bénigne intervention peut être critiquée.

La valeur de la cuti-réaction ne peut pas être discutée chez l'enfant. Une réaction positive signera à tous coups l'infection.

Le Professeur Bezançon, en octobre 1937, fit une communication sur des observations poursuivies pendant plusieurs années, montrant qu'un état d'anergie peut s'accompagner d'une résistance efficace à l'invasion bacillaire. D'ailleurs, « il est des anergies qui témoignent d'une victoire remportée et maintenue sur le B. K. »,

Nous avons vu que de 1939 à 1941, la positivité a diminué :

1939 : 24,6 % ; 1940 : 21,4 % ; 1941 : 20,28 %.



Galland, de Berck, notait 25 % de 10 à 14 ans, chiffre qui se rapproche du nôtre. En 1930, à Trondjem en Norvège, Ursted avait trouvé : 8 % de cuti positives à 7 ans, 33 % à 10 ans, 60 % à 15 ans.

La tuberculose est pourtant en régression constante dans les pays scandinaves.

1° Le Docteur Cuvier a également attiré notre attention sur les variations importantes dans la réaction tuberculinique, d'une année à l'autre.

Nous savons que le passage de la négativité à la positivité indique « le moment précis où s'est faite la primo-infec-

tion » (Professeur Mouriquand). D'où la valeur de la réaction. Lesné, pour bien montrer son importance, n'a-t-il pas émis à l'Académie de Médecine le vœu qu'elle soit rendue obligatoire ?

2° 38,4 % de cas positifs en 1939 sont devenus négatifs en 1940;

8,50 % de cas positifs en 1940 sont devenus négatifs en 1941, malgré la présence de signes radiologiques indiscutables. Il y a lieu semble-t-il de tenir compte d'une certaine instabilité humorale.

Sergent, dans une clinique de juillet 1937, cite le cas d'enfants ayant présenté une primo-infection constatée cliniquement et radiologiquement avec cuti positive qui ont vu leur cuti devenir négative par un séjour à la campagne. Aussi, conclut-il avec Eschbach que *des sujets présentant le témoignage certain d'une ancienne atteinte tuberculeuse peuvent avoir une cuti-réaction négative.*

Aussi comprenons-nous pourquoi, lors des examens radiologiques, il n'y eut pas toujours concordance entre le résultat de la radiophotographie et celui de la percuti-réaction.

3° Variations du degré.

De 1939 à 1940 :

28,57 % sont restés stables au même degré;

17,87 % ont eu leur degré augmenté;

15,17 % ont eu leur degré diminué.

De 1939 à 1941, nous l'avons vu, il en fut de même.

Nous n'en sommes pas surpris car nous savons que cette réaction varie d'intensité suivant les sujets et selon la peau. La dose de tuberculine utilisée joue également un rôle important.

4° On aurait pu s'attendre à un accroissement de l'infection pendant ces dernières années. C'est le contraire qui s'est produit. Les conditions de vie si lamentables de nos

tout petits n'ont pas entraîné une augmentation de la positivité. Or, la tuberculose due à l'insuffisance alimentaire se développe de plus en plus...

C'est donc la question de la signification de la cuti-réaction tuberculinique qui se pose.

Nous apportons ici des résultats. Il ne nous appartient pas de les discuter.

LES AMYGDALES

Voyons d'abord les résultats bruts de *1940* (cet examen a été en effet pratiqué pour la première fois en 1940).

1.370 enfants ont été examinés :

482 (soit 35 %) étaient normaux;

418 (soit 30,5 %) présentaient de l'hypotrophie;

258 (soit 18,8 %) l'ablation des amygdales;

212 (soit 15,5 %) présentaient de l'hypertrophie.

Parmi ces hypertrophiques, mon prédécesseur avait rencontré : 169 hypertrophies légères (soit 79,71 %), 41 hypertrophies moyennes (soit 19,33 %) et seulement 2 hypertrophies fortes (soit 0,94 %).

Les différences de pourcentage entre garçons et filles sont légères. Il y a 6,6 % de plus d'amygdales normales chez les filles. On trouve chez les garçons 4 % de plus d'ablation et 3,5 % de plus d'hypertrophies.

L'insuffisance amygdalienne (hypotrophie + ablation) est très forte : 49,3 %.

1 enfant sur 5 a subi l'amygdalectomie.

Un tableau donnera le détail de ces résultats (page 58).

En 1941, l'état des amygdales a été constaté par nous-même chez 2.195 enfants : 1.205 garçons et 990 filles.

En voici le détail en comparaison avec 1940 :

	NORMALES %	HYPERTROPHIE %	HYPOTROPHIE %	ABLATION %
En 1941				
Garçons.....	31,94	12,94	37,42	18,50
Filles	35,16	17,27	32,42	15,15
Moyenne générale .	33,96	15,10	34,92	16,82
En 1940				
Moyenne.....	35,18	15,47	30,51	18,83

AMYGDALES

1940

AGE	TOTAL des Enfants examinés	NORMALES		HYPOTROPHIÉES		ABLATION		HYPERTROPHIÉES +		HYPERTROPHIÉES ++		HYPERTROPHIÉES +++		TOTAL Hypertrophie	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Garçons															
6 à 8 ans.....	149	65	43,62	49	32,88	14		9		12		0		21	14,09
8 à 10 ans.....	249	77	30,92	72	28,91	55		42		3		0		45	18,07
10 à 12 ans.....	232	73	31,46	59	25,43	57		32		10		1		43	18,53
12 à 14 ans.....	175	47	26,85	62	35,42	39		26		1		0		27	15,42
TOTAL....	805	262	32,54	242	30,06	165	20,49	109	80,14	26	19,11	1	0,73	136	16,89
Filles															
6 à 8 ans.....	108	51	47,22	26	24,07	7		20		4		0		24	22,22
8 à 10 ans.....	166	63	37,95	54	32,53	26		19		3		1		23	13,85
10 à 12 ans	149	52	34,89	54	36.24	24		13		6		0		19	12,75
12 à 14 ans.....	142	54	38,02	42	29,57	36		8		2		0		10	7,04
TOTAL....	565	220	38,93	176	31,15	93	16,45	60	78,94	15	19,73	1	1,31	76	13,45
TOTAL GÉNÉRAL...	1.370	482	35,18	418	30,51	258	18,83	169	79,71	41	19,33	2	0,94	212	15,47

En 1941, il y eut une légère diminution du taux normal et des ablations. Les insuffisances étaient encore nombreuses (ablations + hypotrophies = 55,92 %). Les hypertrophies sont restées stationnaires (consulter le graphique page 60).

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance de l'amygdale. Le rôle qu'elle joue dans l'immunité a été étudié. Elle intervient dans la défense de l'organisme. Sa fonction hématopoïétique a été précisée.

L'amygdale a une sécrétion interne qui a été signalée par divers auteurs. Elle est bourrée de centres germinatifs qui sont le siège d'un grand nombre de divisions cellulaires. Les cellules frappées de mort par des agents toxiques donneraient naissance à des endolysines antitoxiques qui participent au phénomène d'immunité.

L'amygdale joue un rôle dans la défense de l'organisme. De recherches effectuées et d'observations recueillies par une dizaine de médecins différents dont le Docteur Cuvier, à la suite de la suggestion de Fruchaud père (d'Angers), il résulte que 60 % des tuberculeux sont des hypotrophiques ou opérés, alors que 34 % de sujets normaux seulement sont insuffisants.

Ces données ont été complétées par le temps écoulé entre l'ablation des amygdales et la constatation des signes d'infection. Voici les résultats obtenus pour 66 sujets :

Entre 1 et 5 ans dans 46 % des cas;

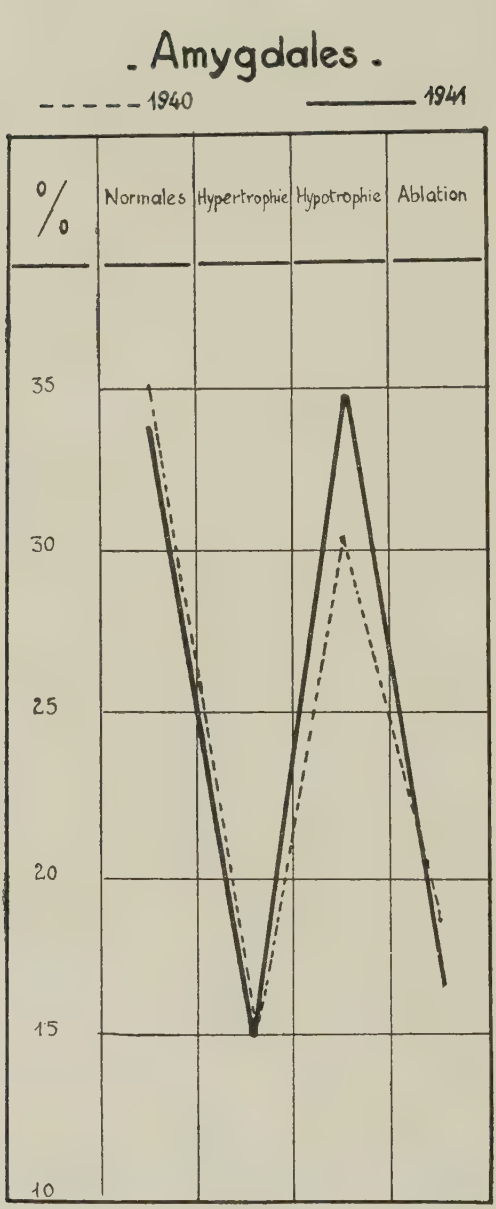
Entre 5 et 10 ans dans 27 % des cas;

Entre 10 et 15 ans dans 13 % des cas;

Entre 15 et 30 ans dans 14 % des cas.

Le Docteur Roux, du Sanatorium de Nardor, signalait 3 cas de tuberculose éclatant dans les mois qui suivirent l'intervention.

A Léognan, nous avons été frappé par la proportion très forte d'amygdalectomisés : 17 %.



Une intervention intempestive sur le rhino-pharynx peut être à l'origine de l'évolution d'une tuberculose jusque là demeurée latente. Nous avons vu le rôle physiologique

important des amygdales : il ne faudra les enlever qu'après avoir fait un bilan exact de l'état du sujet. L'intervention doit être ajournée ou mieux rejetée chez les suspects de tuberculose, car elle peut déclencher des complications redoutables. Il ne faudrait opérer que les amygdales « éponges à pus » ou celles qui obstruent l'isthme du pharynx. Les hypertrophies diminuent souvent, ne l'oublions pas, à la puberté et souvent disparaissent chez l'adulte.

Avec notre maître M. le Professeur Leuret, le Professeur Despons avait insisté en 1932 *(Revue de Laryngologie, Voies respiratoires supérieures et Tuberculose pulmonaire)* sur la nécessité de faire une enquête sur le passé personnel et sur les antécédents héréditaires du sujet, avant toute intervention.

Interviewé à ce sujet en janvier 1941, M. le Professeur Despons répondit : « Un enfant tuberculisé ou de terrain prédisposé fait plus que d'autres des accidents pharyngés non tuberculeux. Il peut avoir une fragilité particulière, un certain état de *débilité pharyngée* qui entraîne une décision opératoire, mais ce n'est pas l'opération qui le rend tuberculeux. »

La prudence doit donc être ici de règle. La plupart des auteurs concèdent en effet que l'amygdalectomie tend à être pratiquée trop systématiquement (Lemaître, Worms, Bijon...).

Les hypotrophies sont passées de 30,51 % en 1940 à 34,92 % en 1941.

N'y aurait-il pas lieu de pratiquer chez ces enfants une opothérapie spécifique, dans les dysfonctions organiques où son action peut être efficace ? Cette opothérapie d'ailleurs a aussi un autre champ d'action, dans nombre de cas d'hypertrophies. Car, judicieusement administrée, elle est morpho-régulatrice et agit secondairement sur les infections du cavum (*Thèse* de Devoucoux).

Nous posons ici le problème. Nous laissons à d'autres plus qualifiés le soin de le résoudre.

LES GANGLIONS

L'importance du tissu lymphoïde n'a pas échappé à l'organisateur du service médical de Châteauneuf. L'examen des ganglions a complété celui des amygdales. Seuls les ganglions du cou (région sous-maxillaire et carotidienne) ont été recherchés.

En 1940, 1.370 enfants ont été examinés :

714, soit 52,11 %, étaient normaux à ce point de vue;

656, soit 47,88 %, présentaient une réaction appréciable qui fut classée en trois degrés :

Légère + : 519, soit 79,11 %;

Moyenne ++ : 123, soit 18,59 %;

Forte +++ : 14, soit 2,13 %.

Les garçons présentaient beaucoup plus de réactions (53,6 %) que les filles (39,64 %) avec prédominance assez marquée de 6 à 12 ans.

Souvent la réaction ganglionnaire fut plus fréquente à gauche qu'à droite. Notée alors pour 116 enfants seulement, cette recherche fut exécutée par nous systématiquement en 1941.

En 1941, 2.195 examens furent pratiqués par nous-même : 1.205 garçons et 990 filles. Le tableau suivant nous apportera le détail de ces résultats.

	PAS de réaction %	RÉACTION bilatérale %	RÉACTION à droite seule %	RÉACTION à gauche seule %	TOTAL des réactions %
En 1941					
Garçons.	35,69	30,62	11,70	21,99	64,31
Filles	43,65	23,03	10,50	22,82	56,35
Moyenne générale...	39,69	26,87	11,10	22,40	60,37
En 1940					
Moyenne générale...	52,11	La statistique de ces catégories n'avait été que partiellement établie.			47,89

L'augmentation des réactions ganglionnaires par rapport à l'année précédente *est* donc particulièrement *sensible : 12,48 %.*

La prédominance du côté gauche est nette. Comme le montre le tableau, elle est sensiblement le double par rapport au côté droit. Il s'agit le plus généralement d'un seul ganglion, au niveau de l'os hyoïde. Nous n'avons pas remarqué que la cause puisse être due à une altération dentaire de ce côté. Les stomatologistes ont noté que les accidents de la dent de sagesse se produisent aussi le plus souvent à gauche. Anatomiquement et physiologiquement, on ne peut pas donner à ce fait d'explication particulière. Il était utile cependant de le signaler (Cuvier).

Nous devons à la vérité de reconnaître que, ni le séjour à la colonie, ni l'alimentation, ni le grand air, ni le repos n'ont sensiblement amélioré ces cas.

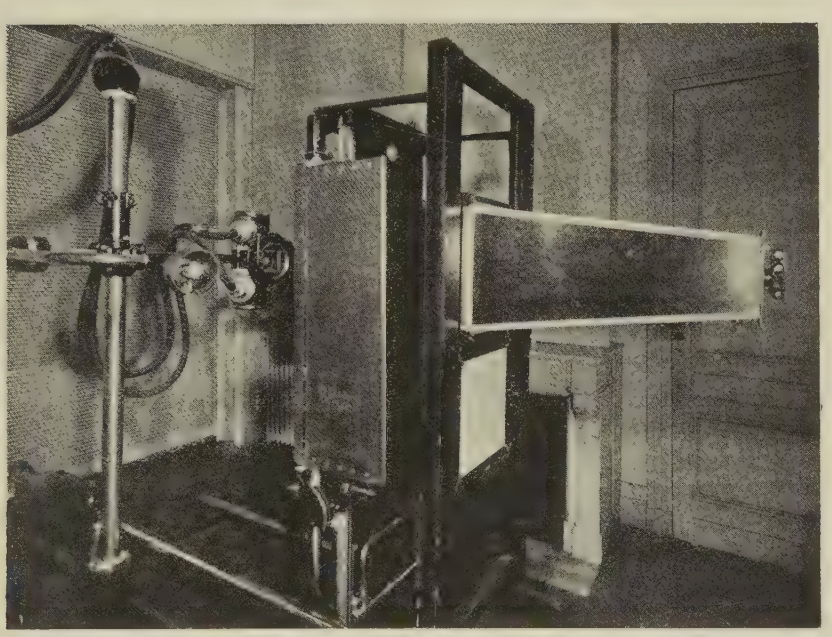
Ainsi que l'a suggéré le Docteur Cuvier, d'accord en cela avec le Docteur Eylaud, médecin conseil de Caisse départementale, il paraîtrait utile d'administrer, dans les cas d'hypertrophie, une opothérapie ganglionnaire dont on a constaté les excellents effets en particulier dans un préventorium arcachonnais, où elle accélère de façon très nette l'action de la cure climatique. Les régressions sont généra-

lement acquises ainsi en deux ou trois semaines, alors que trois mois sont nécessaires sans cet adjuvant.

Avec Cuvier, nous pensons qu'il est du plus grand intérêt, surtout en cette période, de mettre la défense organique lymphoïde à même d'assurer son rôle avec le maximum d'efficacité, surtout chez les jeunes citadins, plus exposés aux contaminations de tous ordres. Les observations effectuées sur les jeunes élèves des écoles d'Arcachon ont montré seulement 13 % de réactions ganglionnaires (avec toujours prédominance à gauche) contre 60 % chez les enfants bordelais !

RADIOLOGIE

Notre ami le Docteur Delos a bien voulu nous faire la description de l'appareil qu'il utilise avec le Professeur Wangermez.



Son principe repose sur la technique de De Abreu. Il s'agit de la radiophotographie, photographie de l'écran radioscopique. Celle-ci était réalisée initialement à l'aide d'un appareil photographique du commerce du genre « petit format », en l'occurence un Leica muni d'un objectif à très grande ouverture (f = 1,5).

Les avantages en sont déjà connus : possibilité d'obtenir un instantané assez rapide donnant un document durable permettant des comparaisons ultérieures et une étude

objective de l'évolution des images radiologiques pulmonaires du sujet examiné. Etude supérieure aux notes dictées rapidement au cours de l'examen radioscopique; prix de revient peu élevé. A l'heure actuelle, un nouvel avantage se précise : économie importante de matières premières (celluloïd et sels d'argent).

Il est incontestable qu'un tel cliché, quelles que soient la minutie et la perfection apportées au procédé, ne peut être opposé à la valeur des renseignements donnés par le film de grand format qui reste seul valable pour les cas limites. D'autre part, il s'agit d'une « radioscopie fixée » qui ne nous donne aucun renseignement sur la cinétique pulmonaire : ouverture des sinus costo-diaphragmatiques, mouvements du diaphragme, éclairement des sommets à la toux... Aussi est-il indispensable d'effectuer parallèlement un examen radioscopique des sujets.

Ces deux examens, déjà pratiqués en grande série les années précédentes, firent ressortir les principales causes de la longueur du dépistage :

1° *Perte de temps* due au fait que les enfants sont lents à se déshabiller et à se vêtir de nouveau;

2° *Limitation du rythme* par suite de l'échauffement exagéré du tube à rayons X.

L'appareillage fut alors modifié.

a) Pour éviter le double « déshabillage » et « réhabillage », le support de l'appareil photographique (tronc de pyramide quadrangulaire entièrement clos dont la grande base est formée par l'écran fluorescent rapide et la petite base porte le dit appareil protégé par une lame de plomb) est rendu solidaire d'un châssis vertical se mouvant entre deux glissières. Celui-ci porte un deuxième écran radioscopique dont la partie supérieure coïncide avec la partie inférieure de la grande base du cône. L'ensemble est équilibré par des contre-poids et peut se mouvoir verticalement avec un minimum d'effort.

L'appareil ainsi constitué permet de passer en un instant de la position radioscopie à la position radiophotographie. Dès lors les deux opérations peuvent être effectuées rapidement sans que le sujet ait à se déplacer.

b) Pour éviter l'échauffement exagéré du tube, une ampoule à deux foyers (bifocus) a été utilisée : chaque foyer sert électivement à la radioscopie ou à l'enregistrement photographique. L'intervalle de temps nécessaire à chaque opération est suffisant pour assurer le refroidissement utile de l'anticathode.

Cet appareillage a été réalisé sur place et a donné les résultats attendus. Cette technique a permis l'étude correcte des films dont les résultats seront donnés plus loin.

En 1939, à part quelques cas d'ombres anormales, la plupart des enfants signalés « à surveiller » ne présentaient que des hiles chargés avec points fibreux et crétacés.

En 1940, l'appareillage ayant été réquisitionné, les examens radiologiques ne purent être repris. Seuls furent convoqués à l'Union régionale, à la fin de leur séjour, les enfants (une cinquantaine) triés à l'examen biologique, particulièrement ceux chez qui était constaté un virage de la percuti-réaction.

En 1941, cette épreuve fut de nouveau généralisée sur place à tous les jeunes colons.

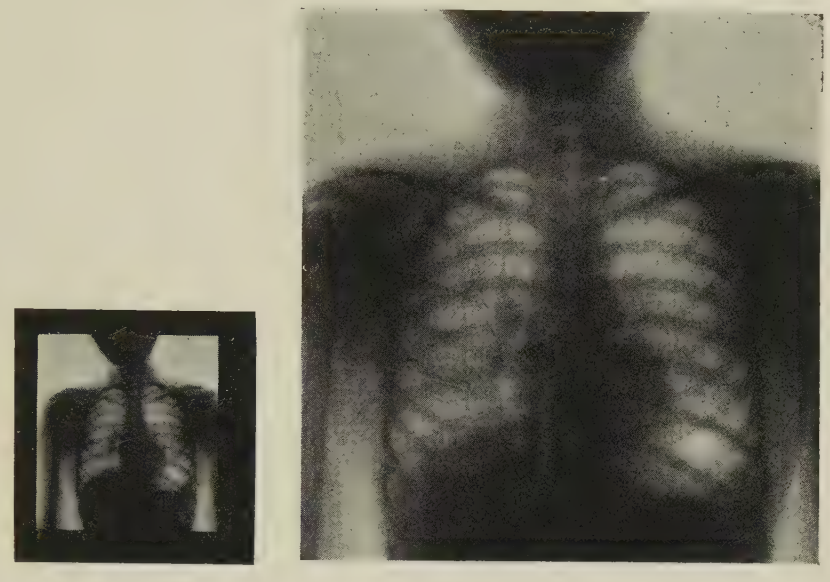
Ce qui a le plus frappé, c'est l'augmentation des cas de prédisposition aux lésions bacillaires et le nombre de lésions typiques observées par rapport aux examens de 1939 et 1940.

On constate que sur *1.673 enfants : 54,45 %* seulement sont *radiologiquement normaux.* Parmi ceux qui ont retenu l'attention au point de vue pulmonaire : 37,20 % ne présentaient que des signes légers, fibrose ou réaction hilaire; 7,18 % présentaient des signes plus accentués, réac-

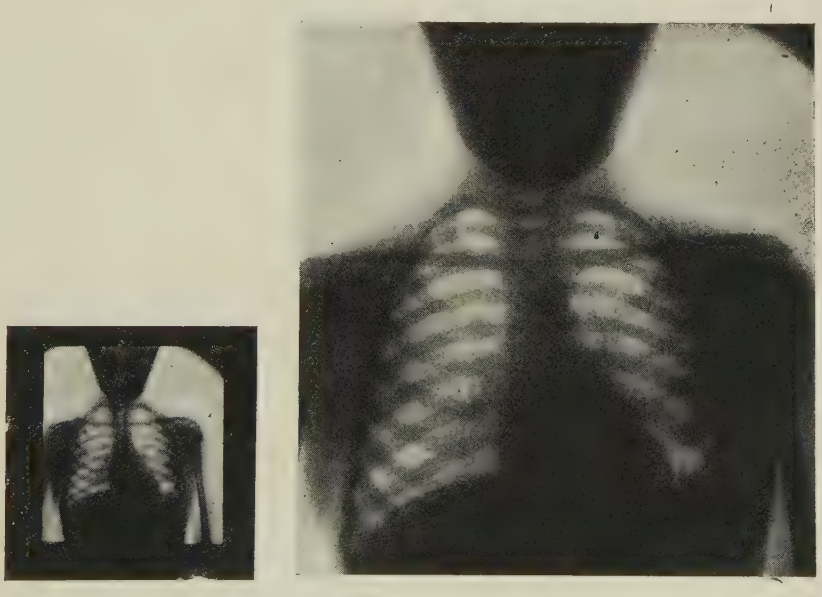
tions hilaires avec adénopathies, fibrose surajoutée ou ganglions calcifiés; *1,07 %* présentaient des signes d'activité nécessitant des soins et un examen complémentaire.

Au point de vue cardiaque, neuf images anormales ont été signalées. Enfin, plusieurs scolioses ont été dépistées.

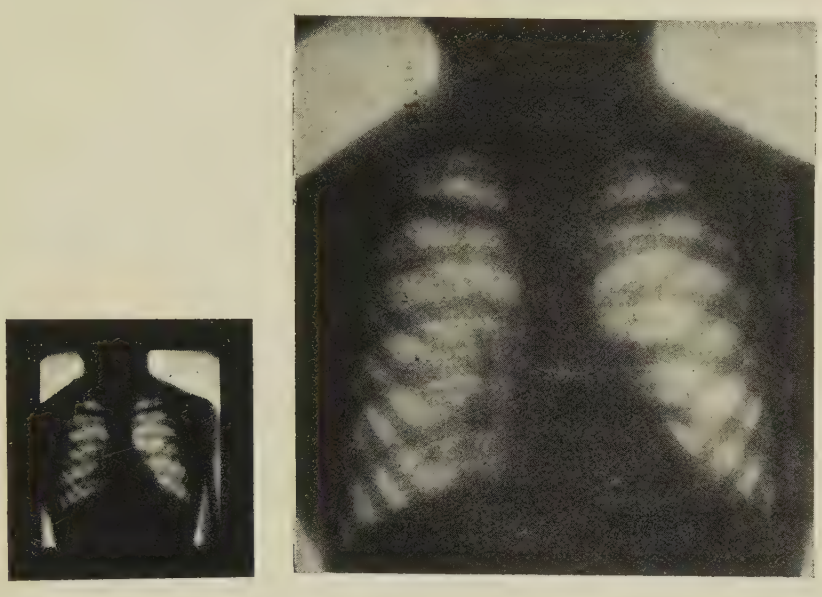
Pour bien rendre compte de l'intérêt de cette méthode utilisée pour la première fois en France à Châteauneuf et systématiquement en milieu scolaire, nous donnerons dans les pages qui suivent quelques clichés typiques avec leur agrandissement, clichés que nous devons à l'obligeance du Docteur Delos.



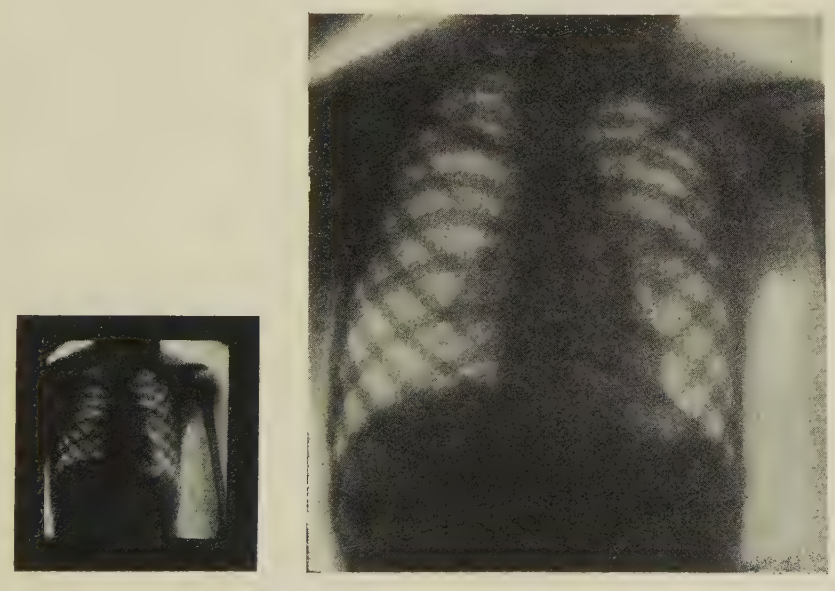
Adénopathie hilaire droite.



Séquelles pleurales de la base gauche.



Fibrose hilaire avec nodules calcifiés.



Infiltration nodulaire parahilaire gauche.

PERCUTI-RÉACTIONS ET RADIOLOGIE

Nous pensons qu'il est intéressant d'étudier, à la fin de notre travail, en une synthèse élémentaire, les concordances et les discordances entre les épreuves radiologiques et biologiques (tuberculinique).

En 1939

Sur *1.720* enfants soumis à la percuti-réaction, *760 révélèrent des signes radiologiques* (44,1 %), soit 552 garçons et 208 filles. On note une différence très supérieure pour la radio, par rapport à la percuti. Et une proportion presque double pour les garçons par rapport aux filles.

1° *Positivité à la fois de la radio et de la cuti :* 224 fois, soit 12,9 % (16,3 % chez les garçons, 12,9 % chez les filles).

2° *Cuti positives sans signes radiologiques :* 201 fois, soit 11,8 % (9,66 % chez les garçons, 14,60 % chez les filles).

3° *Cuti négative, mais signes radiologiques :* 536 fois, soit 30,8 % (38,5 % chez les garçons, 20 % chez les filles).

4° *Négativité de la cuti et de la radio :* 800 fois, soit 43,9 % (56 % chez les garçons, 29,2 % chez les filles).

5° Notons par ailleurs pour être complet que, sur 101 albuminuriques de plus de 0 gr. 10, 38 (soit 37,6 %) ont présenté des signes radiologiques.

Il est à noter pour les cas discordants que la radiologie ne donne pas de renseignement sur l'évolution des images observées. D'où *l'intérêt de répéter les examens.*

Le tableau suivant nous donnera le détail de ces résultats (voir page 74).

1941

Sur un total de *1.649* enfants examinés :

1° *778 ne présentèrent aucun signe radiologique* ni aucune réaction à la tuberculine, soit 47,1 % ;

TABLEAU COMPARATIF DES PERCUTI-RÉACTIONS ET DES RADIOS
1939

AGE	Radio + chez enfants ayant eu cuti		Cuti + Radio +		Cuti + Radio —		Cuti — Radio +		Cuti — Radio —	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Garçons										
6 à 8 ans..	110	53,7	26		10		84		85	
8 à 10 ans..	172	57,8	53		41		119		84	
10 à 12 ans..	183	63,4	57		22		126		82	
12 à 14 ans..	87	40,4	29		24		58		104	
TOTAL..	552	54,9	165	16,3	97	9,66	387	38,5	355	36,3
Filles										
6 à 8 ans..	58	38	14		20		44		71	
8 à 10 ans..	74	37	16		19		58		105	
10 à 12 ans..	36	18	14		36		22		114	
12 à 14 ans..	40	21	15		29		25		114	
TOTAL..	208	29,1	59	8,25	104	14,60	149	20	404	57
TOTAL GÉNÉRAL.	760	42	224	12,28	201	12,13	536	34,65	759	46,66

2° *503 présentèrent des signes radiologiques* avec cuti *négative,* soit 30,4 % ;

3° Cuti *positives sans signes radiologiques :* 177 fois, soit 10,7 % ;

4° Positivité à la fois de la radio et de la cuti : 191 fois, soit 11,5 %.

Reportons-nous au tableau de la page 76 où nous trouverons le détail de ces résultats.

1939-1941

Nous donnons ci-après comparativement les résultats de 1939 et ceux de 1941, afin de pouvoir juger de l'évolution produite après deux ans de restrictions alimentaires.

ANNÉE	Radio + Cuti + %	Radio + Cuti — %	Radio — Cuti + %	Radio — Cuti — %	TOTAL Radio + %	TOTAL Cuti + %	TOTAL Enfants examinés
1939	12,90	30,80	11,80	41,60	44 »	24,60	1.821
1941	11,50	30,40	10,70	47,10	42 »	20,28	1.649

Nous voyons donc par là l'intérêt de pratiquer en milieu scolaire, et dans les colonies de vacances, les examens radioscopiques et radiophotographiques en séries avec, comme premier temps indispensable d'une prospection de ce genre, la mise en œuvre de cuti-réactions périodiques.

TABLEAU COMPARATIF DES PERCUTI-RÉACTIONS ET DES RADIOS

1941

AGE	Cuti — Radio — %	Cuti — Radio + %	Cuti + Radio — %	Cuti + Radio + %	Total Radio +	Concordances	Divergences	TOTAL
Garçons								
1er groupe : 6 à 8 ans.	81	39	16	8				144
2e groupe : 8 à 10 ans.	129	84	19	23				255
3e groupe : 10 à 12 ans.	100	72	22	40				234
4e groupe : 12 à 14 ans.	100	73	30	22				225
TOTAL.....	410	268	87	93	361	503	355	858
Filles								
1er groupe : 6 à 8 ans.	73	42	12	14				141
2e groupe : 8 à 10 ans.	90	62	20	29				201
3e groupe : 10 à 12 ans.	121	77	27	35				260
4e groupe : 12 à 14 ans.	84	54	31	20				189
TOTAL.....	368	235	90	98	333	466	325	791
TOTAL GÉNÉRAL...	778	503	177	191	694	969	680	1.649
Résultat de 1941.... %	47,1	30,4	10,7	11,5	42,6	59,9	40,1	
Résultat de 1939.... %	41,5	31,8	11,8	13,9	43,9	56,4	43,6	

CONCLUSIONS

Nous avons successivement passé en revue l'alimentation, l'hygiène, l'éducation physique, les jeux, les sports, l'adaptation au milieu, la biométrie, l'albuminurie, les percutiréactions, le système lymphoïde et la radiologie.

Des observations que nous avons effectuées, il résulte les conclusions suivantes.

Alimentation. — Les enfants n'éprouvèrent pas la sensation de faim. Si la suralimentation ne put être réalisée, aucune carence essentielle ne s'est fait sentir.

Hygiène. — Les lavabos, les cuisines, les réfectoires sont bien agencés. Il y aurait lieu, dans la mesure du possible, de faire agrandir l'installation des douches et d'affecter aux services d'infirmerie un espace plus grand, en raison de l'activité accrue par suite des circonstances présentes.

Education physique. — Elle fut conçue dans l'esprit le plus large, dans l'intérêt de l'enfant. Sur le plan national, nous souhaitons que soit réalisée une heureuse synthèse de plusieurs méthodes. Il faut éviter à des enfants fragiles un traitement identique.

Les jeux. — L'enfant put, tout à son aise, gambader et courir. Il eut à Châteauneuf le libre choix de ses jeux.

Les sports. — L'organisme débilité des enfants fut ménagé au maximum. Une seule compétition eut lieu,

L'adaptation au milieu. La formation morale. — Elles furent réalisées dans de bonnes conditions grâce au bon sens des surveillants et à leurs saines conceptions morales.

L'albuminurie. — Passée de 5,5 % en 1939 à 2,77 % en 1940 et 1,56 % en 1941, elle est surtout fonctionnelle.

La biométrie. — La diminution de taille par rapport à celle qu'elle aurait dû être, comparée à la moyenne générale de 1940, est de *1 cm. 140.*

La *diminution de poids* dans les mêmes conditions est de *1 kg. 147.*

Par rapport aux tables données par Variot et Chaumet, le poids moyen des enfants à Châteauneuf est en diminution de 1 kg. 900 sur les chiffres donnés par ces auteurs. Leur taille serait supérieure de 0 cm. 93 à la normale !

Percuti-réactions. — Le nombre de percuti positives a diminué dans de sensibles proportions. De 24,6 % en 1939, il fut de 21,4 % en 1940 et 20,5 % en 1941.

Les enfants dont la percuti a varié d'une année à l'autre sont surveillés. Chez eux doit être systématisée la recherche de l'infection et de ses causes.

Un taux important de percuti positives étant devenues négatives, il y a lieu peut-être de tenir compte d'un certain degré d'instabilité humorale. Nous ne sommes pas en mesure de tirer des conclusions. Nous versons ces faits au débat instauré sur la valeur réelle de cette méthode.

Amygdales. — L'insuffisance amygdalienne (hypotrophie et ablation) est passée de 49 % en 1940 à 51,5 % en 1941.

L'hypotrophie seule est passée de 30,51 % en 1940 à 34,92 % en 1941.

L'amygdalectomie a été pratiquée dans plus de un sixième des cas ! ce qui dénote une tendance trop marquée à la systématisation de cette intervention. « Elle devrait être limitée aux seuls cas indispensables, pour ménager la résis-

tance ultérieure du terrain, en particulier en vue de sa défense contre l'infection tuberculeuse. »

Ganglions de la région du cou. — 47,89 % en 1940, 60,37 % en 1941, avec chaque fois prédominance à gauche. Pour l'ensemble, elle est sensiblement le double par rapport au côté droit.

Radiologie. — 1.673 enfants furent examinés en 1941; 54,45 % seulement sont radiologiquement normaux.

Fibrose ou réaction hilaire : 37,2 %.

Réactions hilaires + adénopathies, fibrose surajoutée ou ganglions calcifiés : 7,18 %.

Tuberculoses en évolution : 1,07 %.

En 1939, seules quelques ombres anormales avaient été signalées.

Jusqu'en 1940, les enfants retirèrent un bénéfice sérieux de leur séjour à la garderie.

En 1941, les difficultés de ravitaillement, les restrictions alimentaires et la promiscuité dans laquelle vécurent dans leurs foyers les colons furent à la base des déficiences biométriques constatées. Si, à Châteauneuf, ils eurent le nécessaire, la plus grande partie de l'année ils furent sous-alimentés.

La fiche sanitaire individuelle consigne chaque année le bilan physiologique de chacun des enfants. La liaison est indispensable à réaliser avec l'inspection médicale des écoles de Bordeaux pour que les mesures prises donnent leur plein effet.

Ces examens ont permis de dépister et de prévenir; les enfants sont suivis par la suite.

En somme, le contrôle médical de Châteauneuf est effectué selon des données scientifiques et l'organisation en est rationnelle.

Cette œuvre révèle de l'esprit d'initiative et de l'intelligence de la part de ses organisateurs. L'idée de solidarité qui la domine est louable. La réalisation est maintenant au point. En tant que médecin et hygiéniste, nous nous permettrons quelques remarques.

Si, en temps ordinaire, le transport bi-quotidien est sans inconvénient, cette formule serait à assouplir pour un certain nombre d'enfants qui, par suite des circonstances, montrent des signes de rachitisme trop accentués. Pour ceux-là un séjour *complet* au grand air serait nécessaire. D'après les possibilités, une installation *particulière* serait à réaliser pour les enfants trop faibles ou débilités, pour ceux qui vivent dans la promiscuité constante du foyer malsain, pour ceux dont les parents sont infirmes. Une enquête médicale serait effectuée dans ce sens en cours d'année par des infirmières visiteuses ou par les soins de l'inspection médicale scolaire. L'Etat pourrait apporter son concours à cette organisation.

Ce serait pratiquer, au maximum, la vraie médecine sociale. Mais nous n'ignorons pas les grandes difficultés que cette solution comporte, ainsi que le mérite de ceux qui, dans les conditions actuelles, ont pu cependant arriver aux beaux résultats que nous avons énumérés.

La réalisation de l'œuvre de plein air de Châteauneuf, unique de cette espèce en France, mérite d'être citée en exemple.

Nous souhaitons ardemment la généralisation d'œuvres semblables pour prévenir la santé des tout petits et contribuer à sauvegarder ainsi le potentiel de notre pays.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront

confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,

P. MAURIAC

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

E. LEURET

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 18 Juillet 1942.

L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur.

Recteur de l'Académie,

A. LIRONDELLE

BIBLIOGRAPHIE

Beauvieux (J.). — Les types morphologiques humains et l'éducation physique. *Revue Médicale d'Education Physique*, octobre 1940.

Bulletin d'Information du Commissariat général à l'Education générale et aux Sports, août 1941.

Cauzinille. — Les œuvres sociales de la Caisse départementale des Assurances sociales de la Gironde. *Bulletin Médico-Social*, octobre 1938.

Couturat. — L'alimentation et la vie. *Presse Médicale*, 20-23 août 1941.

Cuvier. — La liaison nécessaire entre l'inspection médicale scolaire et les Assurances sociales. *Bulletin Médico-Social*, octobre 1938.

— Rapports sur les examens de dépistage effectués par l'Union régionale de Bordeaux des Assurances sociales à la colonie de vacances de la Caisse départementale de la Gironde, 1939, 1940 et 1941.

Dequidt. — Colonies de vacances. Rapport présenté au Congrès international de Protection de l'Enfance, Paris, 8-19 juillet 1928.

— La place des colonies de vacances dans l'organisation sanitaire de la France. *Bulletin de l'Académie de Médecine.*

Despons. — Enquête sur l'ablation des amygdales chez l'enfant et ses suites. *La Vie Médicale*, janvier 1940.

Dreux (Hélène). — Les colonies de vacances à placement collectif. *Thèse*, Paris, 1938.

Eylaud. — Les sports et l'éducation de la jeunesse, 1941.

Fabre. — L'éducation physique dans les écoles de plein air et les colonies de vacances. III[e] Congrès international et

XII[e] Congrès national des Colonies de vacances et Œuvres de plein air, Paris, 1[er] au 4 juillet 1937.

Fontan et Despons. — L'état des voies respiratoires supérieures dans la tuberculose pulmonaire. *La Gazette Médicale du Sud-Ouest,* 15 novembre 1931.

Hervouet. — Est-il permis de critiquer la réaction tuberculinique ? *Concours Médical* (8), 25 février 1940.

Lesné. — Avant-propos. Alimentation des enfants et des adolescents de quatre à dix-huit ans. Comité national de l'Enfance.

Ljung. — La réaction tuberculinique positive est-elle un signe d'immunité contre la tuberculose ? *Zeitschrift für Tuberkulose* (Leipzig), t. 83, fasc. 1, 1939, p. 1-2.

Levêque. — Historique des colonies de vacances. Les différents modes. Développement. *Revue Médico-Sociale de l'Enfance,* septembre-octobre 1936.

Noir. — Colonies scolaires. Colonies sanitaires. Colonies thermales.

Rapports et communications : XII[e] Congrès national des Colonies de vacances et Œuvres de plein air, Nancy, 13 au 16 avril 1939.

Sergent, Fourestier (Max), Fasquelles (R.), Saint-Yves et Ménard. — Que conclure d'une cuti-réaction négative ? *Concours Médical* (42), 17 octobre 1937.

Weil-Hallé. —La tuberculose dans un groupe d'élèves-infirmières. *Concours Médical* (12), 24 mars 1940.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire, 3.